FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904 — N° —

# THÈSE

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Mercredi 20 Juillet 1904, à 1 heure du soir*

PAR

**Edgar TEXIER**

# DE LA MORT RAPIDE

DANS

## LE CANCER DU FOIE

*Et tout particulièrement*

DE LA

## MORT PAR RUPTURE DU FOIE

*Président* : M. BRISSAUD, *professeur*

*Juges* : MM. ROGER, *agrégé*
TESSIER, *agrégé*
BEZANÇON, *agrégé*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE JULES ROUSSET
*1, rue Casimir-Delavigne et rue Monsieur-le-Prince, 12,* (VI^e^)

1904

A MON EPOUSE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PROFESSEURS DE L'ECOLE DE RENNES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRISSAUD

Médecin de l'Hotel-Dieu
Chevalier de la Légion d'honneur

# AVANT-PROPOS

—

Dans ce travail nous nous proposons d'étudier les dénouements rapides et inattendus du cancer du foie. La cachexie cancéreuse lente et progressive n'est pas, en effet, la seule manière de mourir des sujets atteints de cette localisation néoplasique. Il en est qui s'éteignent prématurément au bout de quelques semaines d'un cancer fébrile, d'autres suivaient la marche chronique de la maladie quand un événement nouveau vient en précipiter l'évolution.

Parmi ces complications, les unes semblent relever du cancer lui-même, ainsi les hémorrhagies, la diarrhée. Des autres résultent de l'atteinte portée à la fonction hépatique, ce sont les accidents d'ictère grave. Dans un troisième groupe, nous étudierons les complications infectieuses.

Il est enfin une complication qui, jusqu'ici, est res-

tée presque complètement dans l'ombre, c'est la rupture spontanée du parenchyme hépatique, sous l'influence du processus cancéreux. Les observations en sont encore peu nombreuses ; il nous a été donné d'en observer un cas. C'est l'étude de ce cas qui nous a déterminé à entreprendre ces recherches.

Depuis longtemps déjà nous attendions cette occasion pour pouvoir témoigner hautement notre reconnaissance aux professeurs dévoués de l'Ecole de Rennes.

C'est là, dans le silence et le calme de la vieille cité bretonne, que nous débutâmes sous l'œil bienveillant de MM. les Professeurs Le Moniet et Follet dans l'étude de la médecine.

Nous devons tout spécialement une dette de gratitude à M. le professeur Le Moniet, qui nous initia avec tant de zèle et tant de dévouement à l'art si passionnant de la chirurgie, à M. le professeur Follet qui nous a donné l'idée de ce travail, et qui sut, dès le début de nos études, nous captiver par des leçons empreintes d'un esprit nouveau, leçons originales, surtout vraies, et toujours pratiques.

Que MM. les professeurs Bertheux et Dayot, dans les services desquels nous avons eu l'honneur de passer une année de notre vie d'étudiant, veuillent bien croire à notre plus profonde reconnaissance et à nos vifs sentiments d'estime et d'admiration.

Toute notre reconnaissance est acquise à MM. les professeurs Perret et Véron, nos maîtres en Obsté-

trique et Gynécologie ; leurs précieux conseils seront la règle de notre conduite.

M. le Professeur Brissaud a bien voulu accepter la présidence de cette thèse, nous lui offrons notre plus respectueuse gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait.

# CHAPITRE PREMIER

## COMPLICATIONS SUSCEPTIBLES DE PRÉCIPITER LA MARCHE DE LA CACHEXIE DANS LE CANCER CHRONIQUE

Le cancer du foie aboutit, dans l'espace de 3 à 5 mois, à la cachexie et au marasme.

Il peut prendre une allure aiguë, il s'accompagne alors d'une hyperthermie toxique dont l'apparition permet d'annoncer la mort à bref délai, en dépit de l'intégrité presque complète de l'état général. Nous signalons simplement ce fait pour aborder de suite l'étude des cancers chroniques dont une complication vient précipiter l'évolution.

Dans l'observation qui suit, la maladie marchait lentement vers un dénouement fatal, quand une diarrhée abondante survint et, dans l'espace de quelques jours, épuisa complètement l'organisme.

Observation I. — P. Budin (*Résumé*).

Cancer encéphaloïde primitif du foie à marche excessivement rapide. Diarrhée.

J. B., 48 ans, entre le 8 novembre 1873 à Saint-Antoine, salle Saint-Etienne, n° 20 (service de M. Gombault), pour des douleurs de la région hépatique...

Le 28, survint de la fièvre et des troubles digestifs. Il n'avait ni ascite, ni ictère, ni circulation collatérale. Le foie était hypertrophié.

L'état s'aggrava ; le 8 décembre le bord libre du foie était au-dessous de l'ombilic. Amaigrissement.

Les douleurs devinrent très violentes.

Le 24 décembre, le foie formait une tumeur énorme, régulière, qui remplissait la cavité abdominale.

L'état général alla en s'aggravant, de la diarrhée survint et le malade succomba dans la nuit du 27 au 28 décembre.

*Autopsie.* — Foie très volumineux, lisse, rouge, parsemé de taches blanchâtres. Sur une coupe il a une teinte générale grisâtre et une consistance lardacée ; on y voit des noyaux arrondis plus ou moins ramollis ; sur certains points sont accumulés des points noirs hémorrhagiques...

Observation II. — Ollive (*Gazette médic. de Nantes*, 1888).

Cancer du foie. Thrombose de la veine forte. Diarrhée.

X. (service de Trastour) avait présenté, pendant 3 mois consécutifs au début, une diarrhée offrant les caractères dysentériques, laquelle s'améliora.

Mais bientôt survint une ascite qui d'emblée atteignit des proportions considérables.

Le malade présentait alors au complet les symptômes habituels de la cirrhose atrophique.

L'œdème augmenta de plus en plus; une ponction fut faite qui donna issue à 6 à 8 litres d'un liquide clair. L'orifice produit par le trocart continua à couler jusqu'à la mort dans la cachexie.

*Autopsie.* — Foie farci de noyaux cancéreux. Il présentait en outre les granulations granuleuses caractéristiques de la cirrhose atrophique. Dans la veine porte, thrombus qui se prolongeait jusque dans les ramifications intra-hépatiques.

Nous avons rapproché cette 2$^{me}$ observation de celle de M. Budin, bien qu'elle n'ait pas eu pour objet une évolution clinique analogue. Dans un cas la diarrhée a été un accident terminal.

Dans le 2e, elle s'est montrée surtout pendant la 1re période de la maladie, mais n'en a pas moins contribué à l'accroissement de phénomènes cachectiques. Son grand intérêt consiste dans sa pathogénie.

Le foie présentait les lésions du cancer nodulaire unies à celles de la cirrhose atrophique et, en outre, un thrombus de la veine porte.

Quelle que soit l'origine de cette thrombose, un simple phénomème mécanique, ou plutôt une phlébite adhésive subordonnée, d'après Vaquez, à des embolies microbiennes pariétales, il n'en est pas moins vrai que c'est elle qui a déterminé la plupart des accidents observés pendant la vie.

On sait en effet que la thrombose de la veine porte augmentant la tension dans le territoire de cette veine est susceptible de déterminer des exsudations à travers la muqueuse intestinale, se traduisant par une diarrhée mucoso-sanguinolente.

Elle provoque surtout une pluie abondante dans la séreuse péritonéale. Cette ascite se reproduit sans cesse, car sa cause déterminante persiste, et dans le cas particulier elle est devenue par sa continuité une cause d'épuisement.

Ne pourrait-on pas étendre cette pathogénie à la première observation pour expliquer l'origine de la diarrhée des derniers jours ?

A moins qu'on ne veuille réduire ce fait à une simple manifestation de la cachexie, on serait autorisé à voir en lui un trouble de la circulation occasionné

cette fois non plus par une thrombose mais par l'interposition du néoplasme hépatique sur le trajet du système porte.

Il conviendrait donc d'ajouter à la classe des diarrhées mécaniques celles qui surviennent au cours du cancer du foie, au même titre que celles qui ont été signalées dans la pyle phlébite et dans la cirrhose-veineuse.

Dans la même catégorie d'accidents peuvent être placées les hémorrhagies du tractus gastro-intestinal dont l'observation qui suit nous donne un exemple.

Observation III. — M. Josias et P. Derignac (*Résumé*).

Cancer pylorique légèrement ulcéré. Cancer secondaire du foie. Hématémèses considérables.

R... Jules, 52 ans, entré le 29 septembre 1882 à la Charité... Service du Dr Landouzy.

Il se plaint d'amaigrissement progressif et de douleurs abdominales. Vomissements marc de café très abondants, melœnas. Température à 38°. Urines normales. Le teint est plutôt anémique que cachectique.

La douleur date de 15 jours et les hémorrhagies remontent à 5 jours.

A l'entrée, l'examen des organes abdominaux fut négatif.

Dans le courant d'octobre le foie devient volumineux et douloureux.

Le 7 novembre, l'état est aggravé ; le malade vomit le soir 2 cuvettes de sang.

Les jours suivants l'appétit diminue, les vomissements augmentent.

Le 13 novembre. Le malade vomit encore une grande cuvette de vomissements noirs. Douleurs abdominales plus vives. Circulation abdominale collatérale très développée.

14 novembre. Vomissement. Refroidissement des extrémités, faciès hippocratique. Le malade conserve toute son intelligence, accuse de fréquentes envies de vomir et de la douleur dans tout l'abdomen. Il meurt à 10 heures 1/2 du matin.

*Autopsie.* — Foie hypertrophié, contient des noyaux blanchâtres. Sur la petite courbure de l'estomac, tumeur du volume d'un poing, présentant une vascularisation légère. L'estomac présente un rétrécissement au niveau de l'orifice pylorique... Envahissement ganglionnaire...

MM. Josias et Dérignac font suivre cette observation des réflexions suivantes : certains symptômes contrastent singulièrement avec les lésions observées ; ainsi les hématémeses abondantes, rejetées non seulement au moment où le malade est entré à l'hôpital, mais aussi à la période de cachexie profonde où le malade refuse toute alimentation. On s'attendait tout na-

turellement à rencontrer une vaste surface cancéreuse, ulcérée. Or, l'autopsie nous montre un petit noyau pylorique légèrement ulcéré. Il y a là une contradiction. Si maintenant nous tenons compte de la généralisation ganglionnaire, surtout des ganglions tenant à la veine porte, nous aurons peut-être l'explication de l'obstacle apporté à la circulation porte, avec ses conséquences naturelles : la circulation collatérale abdominale d'une part et la stase des veines de la muqueuse gastrique d'autre part, d'où sont résultées des hématémèses considérables.

On serait tenté de les attribuer à la rupture de varices siègeant à l'extrémité inférieure de l'œsophage, mais le rapport de l'autopsie n'en fait pas mention ; d'ailleurs la relation entre les hématémèses et les varices œsophagiennes, que l'on croyait constante autrefois, n'est plus considérée aujourd'hui que comme un fait accidentel, et nous pouvons admettre, en continuant le parallèle entre le cancer et la cirrhose, que le foie induré ne suffisant plus au libre écoulement du sang dans la veine cave, il se produit une vaso-dilatation subite et énorme dans tout le système porte, dès lors a lieu une rupture des vaisseaux souvent préalablement altérés, ou bien les capillaires cèdent sur un grand nombre de points et l'exhalation sanguine se produit comme dans une hémorrhagie en nappe, sans que l'autopsie relève la moindre lésion vasculaire (Debove et Courtois-Suffit).

Dans une clinique faite en 1880 à l'hôpital Saint-

Antoine, Hanot signalait la grande rareté des hémorrhagies intestinales dans le cancer du foie.

La même année, Litten, en Allemagne, insistait sur cette complication et montrait comment elle pouvait devenir dans certains cas une cause rapide de mort.

L'examen de cet ensemble de faits permet d'arriver à ces conclusions : la diarrhée, les vomissements de sang, les hémorrhagies intestinales, qui au premier abord semblent des accidents épars au cours des cancers du foie, sont en réalité réunis par d'étroits liens. Tous les trois relèvent d'une action mécanique, l'obstacle à la circulation porte ; que le cancer agisse directement par son tissu néoformé, ou bien qu'il détermine une thrombose veineuse. On conçoit que ces phénomènes puissent se suppléer, ne sait-on pas en effet que dans la pyle-phlébite adhésive une hémorrhagie intestinale peut remplacer l'ascite, et celle-ci prendre la place de la diarrhée.

## CHAPITRE II

### MORT PAR ICTÈRE GRAVE

Le cancer du foie ne limite pas son action nocive à pulluler et à intoxiquer l'organisme.

Il ne faut pas oublier que c'est aux dépens de la cellule hépatique qu'il se développe et qu'il progresse. La cachexie cancéreuse n'est donc pas la seule conséquence à redouter, à côté d'elle, il en est une autre non moins redoutable, résultat de l'atteinte portée à la fonction hépatique, c'est l'ictère grave.

On l'a considéré avec raison comme un syndrome terminal commun qui serait au foie ce que l'urémie est au rein et l'asystolie au cœur.

L'ictère grave peut devancer la cachexie et déterminer rapidement la mort ou bien, se joignant à elle, il vient hâter l'évolution naturelle de la maladie en imprimant à sa symptomatologie des caractères particuliers.

L'ictère grave débute presque toujours d'une façon insidieuse. Le malade est pris d'un malaise profond,

de céphalalgie très intense, d'agitation et d'hébétude. Des phénomènes nerveux plus marqués apparaissent bientôt, et nous allons successivement passer en revue les accidents délirants, convulsifs ou comateux au milieu desquels meurent certains sujets atteints de cancer du foie.

Les anciens auteurs disaient du délire « par excès de bile » qu'il était bruyant et furieux. C'était encore l'opinion de Frérichs. Il semble bien cependant que, d'une façon générale, ce délire soit tranquille. Il ressemble beaucoup à celui de la fièvre typhoïde ; ordinairement subcontinu, surtout nocturne, il consiste en divagations assez calmes et en paroles incohérentes. Cependant, dans l'observation V, on dit qu'on dut attacher le malade pour le maintenir au lit.

Les convulsions peuvent se montrer sous la forme épileptique avec le cri initial et l'incontinence d'urine, ou consister simplement en un tremblement musculaire généralisé simulant un frisson. D'autres fois, les convulsions restent partielles, il se produit des spasmes tétaniques qui provoquent des grimaces, des grincements de dents, du trismus.

Dès le début des accidents graves de l'insuffisance hépatique, on peut voir s'établir le coma. Ce peut être, au plus faible degré, un état d'abattement ou de somnolence, ou bien c'est la suppression totale de toutes les fonctions de la vie de relation. Très souvent le coma ne survient que dans les derniers jours ou même les dernières heures.

Examiné en cet état, le malade se présente dans le décubitus dorsal, dans un état de stupeur, ses membres sont flasques, sa langue est sèche, du muguet peut s'y développer, ses sphincters se paralysent, ses pupilles se dilatent et la mort survient.

Dans les observations VI et VII, nous rapportons deux cas de mort par collapsus. De la lecture première de ces observations, il ne ressort pas qu'il se soit agi d'ictère grave : l'ictère existait bien réellement, mais le fait était normal puisqu'il s'agissait d'un cancer secondaire ; quant aux troubles généraux, nous n'en trouvons pas là qui soient caractéristiques de cet état, de telle sorte que nous pouvons considérer ce collapsus comme le résultat de la cachexie jointe à l'augmentation progressive de l'épanchement ascitique. Peut-être conviendrait-il également de faire intervenir dans sa pathogénie les hémorrhagies peritonéales, dues à la rupture des noyaux cancéreux.

Mais dans l'observation VII, les détails sont absolument précis : la malade était atteinte également de cancer nodulaire avec ictère, elle était asthénique, mais sans fièvre, quand un jour se produisit une aggravation notable de son état. Elle fut prise de vomissements, de diarrhée et tomba dans un état d'angoisse et de dyspnée qu'aucune lésion organique ne semblait expliquer ; son pouls était fréquent et filiforme, les extrémités se refroidirent et elle s'éteignit avec l'intégrité complète de son intelligence, sans que la température dépassât

37°. Devant ce tableau, on peut se défendre de l'idée d'une intoxication.

Or, au cours du cancer du foie, quelles sont les causes possibles d'intoxication ? C'est la destruction de la cellule hépatique dont le rôle est d'arrêter les poisons, les pepto-toxines absorbées, de faire de l'urée et non de laisser les matières extractives à un degré insuffisant d'oxydation où elles soient toxiques pour l'organisme.

Nous pouvons donc considérer ces accidents de collapsus comme des manifestations de l'ictère grave.

Nous signalerons simplement comme autres symptômes, l'ictère et les hémorrhagies et nous insisterons davantage sur les caractères des urines et de la fièvre.

La terminaison mortelle doit être prévue par les caractères suivants des urines : elles diminuent de quantité, tombent à 700 ou 800 grammes par exemple, leur densité augmente, leur coloration devient foncée ; souvent elles contiennent de l'albumine et des matières extractives : bucine, tyrosine, xanthine, hypocanthine, créatine. Le taux des chlorures baisse et la quantité de l'urée éliminée est très inférieure à la normale ; il est vrai que dans tous les cancers cette hypoazoturie est la règle. Ce dosage ne deviendra donc un élément de pronostic que s'il est fait comparativement avec les dosages antérieurs.

La température suit une allure capricieuse dans

l'ictère grave. Quelquefois elle simule celle de la fièvre typhoïde ; d'autrefois la température est élevée au début des accidents, descend au-dessous de la normale, tandis que le pouls augmente de fréquence. Quand ces deux tracés vont à l'encontre l'un de l'autre, le danger est prochain.

Dans d'autres circonstances la température reste d'une façon persistante au-dessous de la normale pour se relever quelquefois à l'approche de la mort. Il existe des exemples nombreux de cette hypothermie à la période terminale du cancer du foie. Joffroy a rapporté à la Société de biologie, en 1869, le cas d'une femme atteinte de cancer du foie : pendant 9 jours sa température rectale resta au voisinage de 34° ; mais en même temps existaient des accidents comateux et survenait une éruption de purpura. On ne peut donc souscrire à l'opinion de Joffroy qui attribuait cette hypothermie non pas au cancer, car il constatait qu'elle fait défaut dans le cancer des autres organes, mais à la localisation néoplasique sur le foie et à l'inanition qui en résultait.

En réalité cette hypothermie est un accident d'ordre toxi-infectieux : le rôle principal semble devoir être dévolu au coli-bacille. Quand l'hypothermie est prolongée (comme dans l'observation présentée par E. Dupré et P. Camus à la Société médicale des hôpitaux en 1904), on peut la rapporter à une infection latente par les bacilles intestinaux.

Les observations de cancer du foie hyperthermique

à leur période terminale ne sont pas rares. Et il ne s'agit plus ici du cancer aigu fébrile que nous avons signalé, ce n'est plus une fièvre par auto-intoxication, mais une infection réelle par les microbes pyogènes. M. Achard a rapporté en effet deux observations d'ictère grave hyperthermique venant mettre fin au cancer du foie, et la culture du sang de ces malades révéla l'existence de staphylocoques blancs. De son côté, Hanot a montré l'influence du streptocoque sur la courbe thermique de l'ictère grave. Cette hyperthermie semble peut-être moins rapidement mortelle que l'ictère hypothermique.

Nous citons quelques observations où des accidents d'insuffisance hépatique sont venus abréger l'évolution du cancer du foie.

Observation IV. — Routier (*Bul. Soc. anat.*, 1878.)

Cancer du foie. — Marche rapide. — Délire.

G... égoutier, 31 ans, entre, le 9 février 1878, à la Charité, salle Saint-Félix, n° 17 (service de M. Laboulbène).

Antécédents : fièvre typhoïde à 10 ans ; quelques rares accès de fièvre intermittente.

Il y a 3 mois, pleurésie droite, guérie au bout de 1 mois.

6 ou 7 semaines plus tard (fin de janvier) il a senti

quelques douleurs dans le côté droit, puis les douleurs ont augmenté et l'ictère est apparu...

A son entrée, le malade était jaune et se plaignait du côté droit. Le ventre était un peu ballonné... mais le malade était peu amaigri et, au premier abord, on eût pu croire à un ictère simple. Cependant la matité hépatique avait 23 centimètres de hauteur et par la palpation on sentait un foie dur, sans saillie anormale. Les urines contenaient du pigment biliaire en abondance.

Du 12 au 18 février, l'ictère disparut, mais le météorisme augmenta et l'ascite survint...

23 février. L'œdème apparut aux membres inférieurs.

25 février. Le malade eut du délire la nuit. Il se levait de son lit, de sorte qu'on dut l'attacher.

26, 27 février. Le délire continua, séparé par des intervalles de lucidité. L'amaigrissement fit ces jours là des progrès effrayants.

1er mars. Le malade mourut après un de ces accès de délire, avec de la respiration stertoreuse et dans le coma.

*Autopsie.* — 3 litres de liquide dans l'abdomen. Foie congestionné, parsemé de noyaux cancéreux... Gros ganglions au niveau du hile. Sur une coupe on voit que le parenchyme hépatique n'existe plus guère que vers le bord postérieur du foie... Aucune autre localisation cancéreuse.

Observation V. — Prévost (*Bul. soc. anat.* février 1865.)

Cancer du foie. Accès épileptiformes.

X... entré le 20 février 1865. Service Vulpian. Il se plaint depuis 15 jours d'étouffements et d'anorexie. Dans la nuit du 21 février, grande agitation. On dut l'attacher. Paroles incohérentes. Hébétude marquée. Réponses difficiles. Pas de déviations des yeux et de la face. Sensibilité conservée. Troubles de la parole. Quelque temps après survint une attaque épileptiforme : mouvement convulsif, perte de connaissance, écume à la bouche. Résolution au bout d'une 1/2 heure. Bientôt râles d'agonie.

Mort à 3 heures. Jamais d'attaques d'épilepsie dans les antécédents.

*Autopsie le 23 février.* — Cerveau : Sérosité assez abondante dans l'arachnoïde, artères peu atéromateuses, pas de caillots, pas de lésion de l'encéphale. Pas de caillots dans les artères pulmonaires. Cœur normal.

Le foie est envahi presque tout entier par des noyaux cancéreux... Un grand rameau de la veine porte est rempli d'une matière boueuse blanchâtre, verniculaire, dont l'aspect ressemble absolument à celui du foie cancéreux.

La mort si rapide peut être expliquée par la pénétration de la boue cancéreuse dans la veine porte.

Observation VI. — Frerichs (*Traité pratique des maladies du foie.*)

Cancer du foie. Ascite croissante. Collapsus et mort.

G... journalier, 51 ans, entre à l'hôpital Albrheiligen, le 24 mai 1864.

Antécédents : En 1850, ictère avec douleurs dans le côté droit du ventre, depuis lors aucune maladie. Aspect florissant.

Cependant depuis 15 jours, gastralgie, inappétence. Un peu d'ictère. Température normale. Langue saburrale, un peu d'ascite. Foie énorme... Le malade n'accuse que de la faiblesse et de la gastralgie...

L'ictère augmente graduellement. Le 4 juin, le ventre devient sensible, les forces diminuent.

Le pouls est à 96, petit et dépressible.

L'ascite augmente.

Le 6 juin. OEdème des membres inférieurs, augmentation de la faiblesse, pouls très petit, mains froides ; l'épanchement abdominal a augmenté considérablement dans les 24 heures.

Le soir, perte de connaissance. Le pouls devient insensible. Les extrémités sont froides.

Mort le 7, à 5 heures du matin.

*Autopsie.* — Dans la cavité abdominale, 6 litres de liquide rouge foncé, sanguinolent, mélange de caillots floconneux.

Foie très volumineux. Sur la face convexe, 4 tumeurs molles, inégales ; leur surface est parcourue par de nombreuses et volumineuses ramifications vasculaires... A l'extrémité droite, 2 nodosités ont déchiré l'enveloppe péritonéale. Epanchement de sang dans la cavité péritonéale... Thrombus de la veine porte...

Observation VII. — Hanot et Gilbert (*observ.* XI).

Cancer nodulaire primitif du foie. Collapsus.

Marie B..., 59 ans, entre le 14 septembre 1881 à Laribosière, service Jaccoud.

Antécédents : première crise de coliques hépatiques il y a 25 ans.

Début au commencement d'août par des douleurs paroxystiques avec décoloration des selles.

Au bout de 3 semaines, ictère, diminution de l'appétit et des forces. Pas de fièvre.

Actuellement : malade asthénique, mais encore obèse. Ictère. Foie lisse débordant les côtes de 2 travers le doigt...

17 septembre. Aggravation notable de l'état de la ma-

lade. Plusieurs vomissements, diarrhée bilieuse peu abondante. Etat de dyspnée, d'anxiété que rien n'explique dans l'appareil cardio-pulmonaire... Pouls presque filiforme, à 112. Langue sèche, algidité périphérique ; véritable état de collapsus toxique, malgré l'intégrité complète de l'intelligence. Température 37°, dans la nuit la malade eut un petit vomissement de liquide sanguinolent et mourut peu après.

*Autopsie*. — Reins congestifs. Un peu de stase pulmonaire aux bases. Cœur surchargé de graisse. Foie volumineux ; surface rouge parsemée de taches blanches. A la coupe on voit dans les canaux biliaires un mélange de pus et de bile ; ailleurs on voit des nodosités cancéreuses dont quelques-unes au centre contiennent un noyau hémorrhagique.

## CHAPITRE III

### MORT PAR INFECTIONS

Le cancer des téguments et des muqueuses aboutit en général à l'ulcération, dès lors un nouvel élément de gravité s'ajoute à celui du néoplasme lui-même ; la porte est ouverte à l'infection et la fièvre va venir accélérer la marche de la cachexie cancéreuse. Les tumeurs du foie, retranchées au sein du parenchyme hépatique, loin de la muqueuse digestive, seraient-elles à l'abri de cette complication ?

Souvent elles en sont préservées, mais ce n'est pas là une loi constante, et avant d'en venir à la description des faits, nous pouvons envisager la possibilité de l'infection et le mécanisme par lequel elle se développe.

Pour pénétrer dans le foie, deux voies sont accessibles aux microbes : la voie sanguine ou descendante et la voie biliaire ou ascendante. La première voie semble la moins suivie ; pour que ce mécanisme devienne possible, il faut que le sang charrie des germes.

Peut-être y aurait-il lieu de tenir compte de cette fonction encore très obscure du foie qui consiste dans l'élimination des microbes pathogènes par la bile. Plusieurs auteurs (Trambusti et Maffucci, Sherrington, etc...) l'ont observée ; mais pour qu'elle se produise, une lésion des voies biliaires semble nécessaire ; en effet, Gilbert et Dominici n'ont pu obtenir expérimentalement le passage dans la bile de micro-organismes injectés dans le sang ou sous la peau.

L'infection ascendante est probablement beaucoup plus fréquente. MM. Netter, Gilbert et Girode ont montré que la bile était aseptique ; la clinique montre d'ailleurs que la pénétration de bile non altérée dans le péritoine ne détermine pas de péritonite.

Mais la bile n'est pas microbienne, comme certains auteurs l'ont prétendu, elle est au contraire un bon milieu de culture : Gilbert et Dominici ont obtenu sur elle des cultures de coli-bacilles et de streptocoques. Et nous verrons en clinique que parfois les germes s'y développent, car les voies biliaires ne sont pas inhabitées.

Il existe normalement du coli-bacille dans l'ampoule de Vater, ce coli-bacille est, d'après Gilbert, le véritable germe pathogène des voies biliaires. Le cholédoque est donc constamment en imminence d'infection. Netter y a d'ailleurs rencontré le staphylocoque doré et un bacille court.

Sous quelle influence le cancer du foie favorise-t-il la pénétration des germes ? Il faut tout d'abord tenir

compte de la diminution de résistance de l'organisme doublement affaibli, d'une part par le cancer et d'autre par part l'inanition, résultat de la localisation hépatique.

Quant aux causes locales, elles peuvent être multiples : l'ouverture des capillaires permet au sang de déverser dans le tissu néoplasique les microbes qu'il contient. La présence d'un noyau cancéreux, comprimant un canalicule biliaire, met obstacle au libre écoulement de la bile, et l'on sait toute l'importance de la rétention sur la pullulation des germes et sur l'invasion microbienne. Le cancer du foie ne va pas en général sans troubles gastro-intestinaux ; or, il est acquis que ces troubles accroissent singulièrement la vitalité et la virulence des micro-organismes du tube digestif et probablement aussi des voies biliaires qui en sont une dépendance.

Ces différentes considérations permettent de concevoir aisément la possibilité de la suppuration des néoplasmes du foie. Les régions qui vont être le siège de la suppuration seront les points où le tissu néoplasique sera dégénéré, il y a là, en réalité, un tissu mortifié qui va devenir pour les microbes un milieu de culture favorable.

Quand on lit le compte rendu d'un certain nombre d'autopsies de sujets morts de cancer du foie, on voit signaler, mais pas avec une extrême fréquence, la suppuration de foyers cancéreux. Ces foyers sont, en général, petits, limités ; quelquefois ils deviennent plus

grands et, dans une observation rapportée par Vergely à la Société anatomique et physique de Bordeaux, en 1894, le foie était parsemé d'infarctus ; il existait, en outre, deux poches qui pouvaient contenir chacune un demi-litre de pus vert et fétide. Pendant la vie, la seule manifestation en fut une fièvre intermittente.

Hanot cite le cas d'un cancer en amande qui présentait sur une coupe de nombreux petits abcès alvéolaires. La partie de la tumeur adjacente à la face inférieure du foie était presque complètement transformée en un amas purulent, communiquant avec une collection purulente périhépatique. Le pus contenait du colibacille pur, il provenait donc d'une infection secondaire. On ouvrit la collection, peu de temps après apparut un phlegmatia alba dolens et la mort survint.

Il existe assez de complications infectieuses analogues pour qu'on ne s'étonne pas outre mesure de l'opinion des auteurs anciens qui croyaient à la nature inflammatoire du cancer.

Ces suppurations ne se cantonnent pas toujours au point où elles ont pris naissance, nous signalons un cas où l'abcès s'ouvrit à la paroi abdominale.

Dans d'autres cas, il suit une marche ascendante ou descendante : dans un cas il produit un abcès sous-diaphragmatique et expose à l'infection bronchique, dans le second, il est une menace de péritonite. En 1893, Letienne citait, à la Société anatomique, une observation de cancer du foie qui avait abouti à la formation

d'un abcès sous-diaphragmatique. Celui-ci vint se rompre dans une bronche et il en résulta une vomique très abondante. Après la rupture de cet abcès, on observa les signes physiques d'un pyopneumothorax sous-phrénique. Au bout d'un mois, le malade succomba aux progrès de la cachexie suppurative.

Lorsque l'abcès siège à la face inférieure du foie, il peut se rompre dans la grande cavité péritonéale et déterminer une péritonite purulente. Mais, comme l'a fait remarquer Frerichs, la péritonite purulente est exceptionnelle au cours du cancer du foie. Et cependant il est un fait incontestable, c'est que, dans cette maladie, la mort peut survenir rapidement avec tous les signes d'une péritonite aiguë ou subaiguë : une douleur abdominale vive en est généralement le premier signe, un frisson cependant quelquefois la précède, le facies se grippe, le pouls devient petit et fréquent, atteint 110, 120. La température monte à 39°. La soif est vive, des vomissements surviennent, les selles sont supprimées et le ventre se ballonne. C'est bientôt un véritable état de collapsus.

D'autres fois les accidents sont moins intenses et durent davantage, la péritonite étant, en effet, plus souvent subaiguë.

L'autopsie montre, en général, que le péritoine ne contient pas une goutte de pus, mais une quantité modérée de liquide citrin et quelques flocons fibrineux.

Comment doit-on interpréter ces accidents? Y a-

t-il infection péritonéale consécutive à la péri-hépatite ? la chose est possible. On pourrait cependant avec plus de raison croire à une péritonite cancéreuse, c'est-à-dire à une réaction du péritoine irrité par une infection cancéreuse secondaire.

Voici deux observations de mort par péritonite.

Observation VIII. — M. Moizard (*Soc. anat.*, 1882.)

Cancer du foie et de l'estomac chez un individu de 27 ans. Mort par péritonite aiguë.

L..., âgé de 27 ans, entre le 30 octobre 1882, service de M. Moizard, à Cochin.

Ce malade est traité depuis un an pour un ulcère de l'estomac... il en a tous les signes : amaigrissement, teinte anémique, troubles digestifs, diarrhée parfois noirâtre, douleur épigastrique violente, une hématémèse...

Le 25 novembre, dans l'après-midi, le malade est pris de frissons, sueurs, palpitations, pouls petit, filiforme, on a tous les signes d'hémorrhagie interne. Les jours suivants, vomissements, douleurs et ballonnement du ventre, phénomènes de péritonite à la suite desquels le malade succombe le 29 novembre.

*Autopsie.* — A l'ouverture du cadavre on trouve un

peu de péritonite sans épanchement avec quelques fausses membranes.

Un peu de périhépatite. Foie volumineux, contient de gros noyaux cancéreux.....

Tumeur cancéreuse au niveau de la petite courbure de l'estomac.....

Ganglions mésentériques envahis. Rein droit est gros et blanc. Rien dans les autres organes.

Observation IX. — M. Lenoir (*Soc. anat.*, 1890.)

Cancer secondaire du foie consécutif à un cancer de l'estomac... Mort par péritonite.

H... Joseph, 46 ans, entré le 27 janvier dans le service de M. Bouchard, à Lariboisière.

La maladie a commencé vers le 1er janvier par des frissons, des maux de tête, de la courbature. En même temps ictère intense, quelques vomissements bilieux.

Le foie débordait de quatre travers de doigt les fausses côtes, il était douloureux.

Rate hypertrophiée. Pas de fièvre.

On pense d'abord à un ictère catarrhal, puis à une cirrhose hypertrophique.

Les choses restent en cet état jusqu'au 5 février. Alors la douleur hépatique devient très vive ; l'ictère s'exagère

Le 7, le ventre devient très douloureux dans toute son étendue... le pouls devient filiforme, la face se grippe, la température monte à 39°.

Le 8, il se produit une hématémèse, l'état général empire, le malade meurt le 9, dans la matinée.

*Autopsie.* — Dans le péritoine, liquide ascitique en quantité modérée. Péritonite localisée à la région du foie. Foie volumineux... présente sur sa surface des noyaux cancéreux...

Tumeur au voisinage du pylore...

Petites plaques cancéreuses sur la plèvre. On en trouve aussi dans le poumon et dans les ganglions du médiastin.

Nous avons étudié l'infection du cancer, sa pathogénie et ses conséquences, c'est-à-dire la formation d'abcès et ses propagations possibles, soit ascendantes soit descendantes, et à ce propos nous avons signalé la mort par péritonite. Mais il est d'autres accidents infectieux qui peuvent se passer loin du foie malade, celui-ci étant d'une façon plus ou moins directe leur point de départ.

L'organisme affaibli par l'inanition, l'intoxication cancéreuse et l'insuffisance hépatique, est une proie facile pour tous les microbes pyogènes. Ceux-ci pénètrent dans la circulation au niveau du néoplasme ou par tout autre point de l'économie et peuvent aller se fixer sur différents organes : la phlegmatia alba dolens n'est pas une rareté, mais nous n'avons

vu signaler nulle part qu'elle ait été cause d'embolie et de mort subite.

La méningite suppurée peut emporter en quelques jours le malade au milieu d'accidents cérébraux, (*obs.* X). Dans d'autres cas, c'est une parotidite suppurée qui vient hâter l'évolution du cancer (*obs.* XI). Un autre malade suit la marche progressivement croissante de la cachexie cancéreuse quand il succombe en deux jours à une broncho-pneumonie (*obs.* )XII.

Nous mentionnons encore une infection assez commune chez les hépatiques, l'érysipèle, dont le siège peut être varié. Dans l'observation XIV il commença à la face interne de la cuisse, s'étendit à la jambe et deux ou trois jours après son apparition le malade expirait.

L'érysipèle n'est pas la seule complication cutanée grave au cours du cancer du foie. Ernous rapporte quatre cas de gangrène. Ces accidents gangréneux se sont manifestés trois fois aux extrémités inférieures et une fois à la paroi abdominale. C'est un accident de la période avancée.

Observation X. — Derville.

Cancer du foie et de l'estomac. Abcès du foie et fistule épigastrique. Méningite suppurée (*Résumé*).

Pl. Louis, âgé de 59 ans, journalier, entré le 6 février 1884, 2e pavillon, n° 42.

Antécédents : fièvre typhoïde à 21 ans ; depuis six mois l'appétit et les forces ont diminué, teinte jaunâtre des téguments, cependant il a continué son travail, quand le 16 janvier il éprouve à l'épigastre une douleur assez vive, d'abord continue, sans élancements. Cette douleur augmente et devient lancinante. En même temps, abattement, inappétence, fièvre le soir. Vers le début de février, la peau de l'épigastre se tuméfie, rougit, et la région devient douloureuse.

Le 7 février, il entre à l'hôpital ; on remarquait alors une teinte jaune paille, amaigrissement, tuméfaction douloureuse de l'épigastre avec fluctuation.

L'incision de cette tuméfaction laisse écouler un pus d'odeur infecte, on ne trouve pas de trajet profond.

Du 9 au 15 février, l'état général est satisfaisant, la plaie bourgeonne.

Le 19, le malade accuse un peu de céphalée, l'appétit diminue.

Le 20, céphalée plus accusée, la température atteint 40° le soir (sans qu'on en ait l'explication).

Le 21, nous trouvons le malade dans le coma ; la veille, il parlait bien, la nuit il a déliré. Sa face est pâle, immobile, sans déviation. Pas de paralysies.

Respiration douloureuse, 40° 5. Pouls rapide et fort. Pas de contracture, mais une certaine raideur des muscles de la nuque et des membres. Sensibilité intacte. Température du soir 41°2.

22 février. Etat aussi grave, coma, raideur musculaire plus accusée. L'état s'aggrave encore dans la journée et le malade meurt dans la soirée.

*Autopsie.* — Sous le foyer de suppuration de la paroi abdominale, on trouve un plastron adhérent aux viscères profonds (foie et estomac) limité par des adhérences péritonéales.

L'estomac présente une grosse tumeur au voisinage du pylore avec une ulcération infractueuse au centre...

De la partie profonde de l'abcès pariétal part un trajet fistuleux qui se perd dans le lobe gauche du foie. Ce trajet aboutit à une cavité infractueuse pleine de pus... A côté le foie présente des noyaux cancéreux.

Rate, intestins normaux. Poumons emphysémateux. Aorte dilatée. Insuffisance aortique.

Reins un peu congestionnés.

Cerveau. Dure-mère épaissie, ainsi que la pie-mère, laquelle est séparée de l'arachnoïde d'une part, et de la substance grise d'autre part, par une épaisse nappe purulente.

Cette méningite se rencontre exclusivement à la convexité du cerveau. Il en est de même au niveau du cervelet, à la base duquel le pus s'est collecté. A la coupe, aucune altération du cerveau. Intégrité du bulbe et de la moelle.

### Observation XI. — Hanot et Gilbert.

Cancer secondaire du foie et du poumon. Parotidite.

X..., entré à Saint-Antoine, service Hayem, salle Magendie, n° 2, 1883.

A son entrée, signes de pleurésie droite. Aucun trouble des fonctions digestives, pas d'ictère, pas d'ascite. Le foie n'est pas perceptible.

Les forces et l'embonpoint allèrent en déclinant et bientôt la cachexie devint évidente. Les troubles fonctionnels gastro-hépatiques restèrent nuls jusqu'à la fin.

Le foie fut reconnu hypertrophié et mamelonné quelques jours seulement avant la mort.

Une parotidite suppurée vint la hâter, le 29 décembre 1883.

*Autopsie.* — Foie énorme... remplissant toute la moitié supérieure de l'abdomen... Il est le siège d'un cancer encéphaloïde dont les nodosités nombreuses et très grosses existent dans toute l'étendue de son tissu.

Ulcération cancéreuse de l'estomac au niveau de la petite courbure. Un noyaux cancéreux dans le poumon droit. Rien au cœur, rien au cerveau. Parotidite suppurée dans toute son étendue. C'est surtout à la face superficielle que sont de nombreux petits abcès.

OBSERVATION XII. — Hanot et Gilbert (*Observ.* XXXI).
Cancer primitif de la vésicule biliaire.

Cancer secondaire du foie. Broncho-pneumonie.

C..., Joséphine, âgée de 49 ans, entre, le 19 octobre 1887, à la Pitié, salle Valleva, n° 27.

La maladie remonte au 14 juillet 1887, où elle ressentit des phénomènes choléri formes et des douleurs dans l'hypocondre droit. Elle a maigri et pâli et a senti sous le rebord costal droit une tumeur dure se développer.

L'examen fait le 19 octobre, montre cet état de déchéance... La langue est sèche, l'inappétence absolue ; la constipation est opiniâtre. Ni sucre, ni albumine. Le foie descend jusqu'à la fosse iliaque antéro-supérieure, il est lisse et dur... il n'est pas douloureux. Ni tympanisme, ni ascite, ni adénopathie à distance.

On pense à un cancer massif du foie.

La température oscille entre 38° et 39°.

Le 4 novembre apparaît un ictère qui s'accentue.

Le 15 novembre, surviennent des signes de broncho-pneumonie. La température monte à 40° ; le surlendemain le malade meurt.

*Autopsie.* — 1° Lésions de broncho-pneumonie qui ont précipité la marche de la maladie ; 2° lésions de carcinome ayant débuté dans la paroi de la vésicule biliaire, ayant envahi le foie.

OBSERVATION XIII. — Aussilloux (*Montpellier médical*, 1877).

Cancer du foie. Evolution rapide. Erysipèle.

Emmanuel P..., cultivateur, 37 ans, né à Saint-Privas, entre le 19 juillet à l'hôpital Saint-Eloi, salle Saint-Vincent, n° 15.

La maladie date d'un mois, cependant depuis longtemps déjà les forces et l'appétit diminuent, depuis un mois le ventre grossit.

A l'entrée : amaigrissement, teint terreux, ventre augmenté de volume, sans ascite. Foie énorme et lisse. Depuis huit jours, œdème des membres inférieurs et du scrotum. En outre, anorexie, alternatives de diarrhée et de constipation.

Le 30 juillet, le malade veut sortir de l'hôpital, son état est stationnaire.

Le 4 août, il revient avec un érysipèle de la jambe droite ayant débuté à la partie interne du membre. L'état général est déplorable.

Le 5, urines rares. L'érysipèle s'étend, l'état général s'aggrave et le malade succombe le 6 août à midi.

*Autopsie.* — Un litre de liquide citrin dans le péritoine. Foie énorme. Surface un peu granuleuse.

Sur une coupe on voit : 1° des infarctus ; 2° des amas de substance blanchâtre ; 3° le parenchyme hépatique plus ou moins décoloré.

## CHAPITRE IV

### CANCER DU FOIE ET ASYSTOLIE

Lorsque le cancer s'attaque à l'appareil vasculaire du foie, il ne peut se comporter, à son égard, que de deux manières, ou bien il détruit les parois des vaisseaux et une hémorrhagie en est la conséquence : nous étudierons cet accident dans le chapitre qui suit ; ou bien il transforme la paroi en tissu cancéreux, celui-ci, à son tour, bourgeonne dans l'intérieur du vaisseau. Du foie peuvent alors partir des embolies cancéreuses qui vont disséminer l'infection.

Mais ces embolies peuvent avoir des conséquences graves d'une façon immédiate, à en juger par le cas d'Arnaldo Viti dont voici le résumé. Il s'agissait d'un homme de 58 ans. Il mourut d'asystolie qui avait été considérée comme le résultat d'une dilatation cardiaque. Il avait de l'anasarque et l'énorme degré d'ascite ne permettait pas d'explorer les organes abdominaux.

A l'autopsie on trouva de l'ascite et un épanchement séreux dans la plèvre. Le cœur droit était énorme

et l'oreillette droite remplie de caillots récents groupés autour d'une masse molle d'apparence encéphaloïde. Le foie était énorme, il contenait, dans son lobe droit, une grosse masse cancéreuse accompagnée de noyaux disséminés. Or, le noyau cancéreux du foie avait la même nature que celui que contenait l'oreillette. On peut donc conclure que ce dernier avait eu pour origine la tumeur du foie et que, transporté par le courant veineux jusque dans l'oreillette droite, il y est devenu le point de départ d'une thrombose.

Le cœur droit a fléchi devant cet obstacle, il s'est laissé distendre et le malade est tombé en asystolie.

Cette manière de finir du cancer du foie doit être d'une rareté extrême ; c'est le seul cas que nous ayons trouvé dans la littérature médicale.

En dehors du mécanisme facile à établir dans notre observation, il en est un autre dont on peut au moins admettre la possibilité. C'est celui de l'asystolie réflexe. La tumeur du foie est le point de départ d'une excitation que transmet le grand sympathique. Celle-ci se refléchit sur le bulbe et revient aux vaisseaux des poumons soit par le pneumogastrique, d'après Potain, soit par le grand sympathique, comme le veut Fr. Franck. Ce reflexe a pour résultat une vasoconstriction avec augmentation de la tension vasculaire du poumon et retentissement sur le cœur droit.

Potain qui a étudié cet accident surtout au cours de la lithiase biliaire, l'a signalé encore dans le cancer

du foie ; mais il ne semble pas qu'on en ait fait encore mention.

Il est des circonstances où le cancer du foie donne lieu à des accidents qui simulent l'asystolie. Ainsi Hanot rapporte des cas où le foie, considérablement augmenté de volume, comprimait le diaphragme et les poumons et déplaçait le cœur. Les malades étaient dyspnéiques, de cette dyspnée que Hanot désigne sous le nom d'hépatique. Il existait, en outre, des palpitations plus ou moins vives. Les membres inférieurs présentaient un œdème cachectique et les urines contenaient de l'albumine. N'avons-nous pas là le syndrome de l'asystolie avec gros foie?

Néanmoins le diagnostic est, en général, facile à faire. Pour que le cancer du foie puisse être confondu avec une cardiopathie à la phase ultime, diverses conditions sont, en effet, nécessaires : il faut tout d'abord supposer que le cancer du foie est à son début, car le foie cardiaque n'atteint jamais les proportions du cancer hépatique à la période d'état. Mais alors la marche rapide des accidents rend difficilement admissible l'hypertrophie d'une affection cardiaque arrivée à la cachexie : une cardiopathie mettrait beaucoup plus longtemps à atteindre sa phase ultime et elle le ferait en passant par une série de prophéties caractéristiques d'une affection cardiaque. Enfin, l'auscultation du cœur peut donner des renseignements.

## CHAPITRE V

### MORT RAPIDE PAR RUPTURE SPONTANÉE DU FOIE ET HÉMORRHAGIE PÉRITONÉALE

Le cancer du foie se termine parfois d'une façon tragique, par la rupture spontanée de cet organe. En ayant observé un cas dans le service du professeur Follet, à l'Hôtel-Dieu de Rennes, nous avons recherché dans la littérature médicale et nous avons constaté que ce fait n'est pas unique. Dès le commencement du siècle dernier, Farre, en Angleterre, avait signalé cette redoutable complication. Dans son *Atlas d'anatomie pathologique*, Cruveilhier rapporte un deuxième cas de rupture spontanée du foie atteint de cancer. Il semble qu'il ait été le premier à signaler la formation d'épanchement sanguin au sein d'une masse néoplasique du foie.

Depuis Cruveilhier la rupture a été signalée une douzaine de fois dans le courant du siècle ; ici nous devons citer les noms de Frerichs en Allemagne, de Murchison en Angleterre, qui ont consacré quelques

lignes à l'étude de cette complication. J. Simon dans le dictionnaire de Jaccoud, en fait également mention. Dans le dictionnaire de Dechambre, Rendu insiste davantage sur cette manière de finir du cancer du foie et rapporte une observation personnelle : c'était un malade atteint de tumeur encéphaloïde du foie consécutive à une tumeur testiculaire de même nature. Il fut pris tout à coup d'horripilation, de sueurs froides, de vomissements, de syncope. Il revint à lui mais mourut quelques jours après. L'autopsie donna l'explication de cet accident : dans le parenchyme hépatique s'était produit un vaste épanchement de sang qu'on pouvait estimer à un litre.

Hanot et Gilbert, dans les *Etudes sur les maladies de foie*, plus tard Bourges, dans le *Manuel de médecine* de Debove et Achard, signalent la transformation angiomateuse des nodules cancéreux et les hémorrhagies qui peuvent en résulter, mais ils ne s'y arrêtent pas. Dans les articles de M. Chauffard et de MM. Gilbert et Surmont, on ne trouve nulle part ce fait mentionné.

Ainsi se résume l'historique de cette complication des néoplasmes du foie, elle mérite qu'on s'y arrête davantage ; mais avant, qu'il nous soit permis de citer seulement les autres modes de rupture spontanée.

Contrairement à la rupture traumatique dont la friabilité du parenchyme hépatique explique la fréquence, la rupture spontanée est extrêmement rare. Andral, Abercombrie, Homolle en ont signalé quel-

ques exemples, au cours des maladies générales, au premier rang desquelles il convient de placer le typhus et l'éclampsie. Dans ces circonstances on ne peut invoquer qu'un excès de friabilité déterminé par l'état infectieux.

C'est un mécanisme analogue qui a été mis en cause dans cette observation rapportée dans le *Bulletin médical de* 1898 (p. 1214). Il a trait au premier cas connu de rupture spontanée du foie pendant une crise de colique hépatique.

Nous pourrions rapprocher de ces faits celui dont, l'année dernière, Huguenin faisait mention dans les *Archives* de Virchow : c'était une mort subite par hémorrhagie péritonéale que causa un cancer situé au lieu de réunion des trois conduits biliaires : et voici comment Huguenin interpréta la chose : la tumeur très vasculaire déterminait par sa situation une rétention biliaire ; les canaux biliaires internes étaient en effet très élargis et leur épithélium formait des papilles friables. La rétention eut pour résultat le passage dans la circulation de substances toxiques, d'où nécrose du foie et hémorrhagies profuses. Le sang sortit abondamment de la tumeur, il envahit d'abord les canaux, puis la vésicule biliaire, qu'il rompit, et se répandit alors dans la cavité péritonéale.

Nous citons maintenant les observations qui ont réellement pour objet la rupture du foie dans le cancer.

OBSERVATION XIV. — (*Personnelle*) inédite.

Cancer du foie ayant abouti à une rupture spontanée et à une hémorrhagie mortelle dans la cavité péritonéale.

Le nommé Auguste D..., âgé de 62 ans, exerçant la profession de domestique, entre le 3 mars 1903 à l'Hôtel-Dieu de Rennes, salle Saint-Louis, n° 3 *bis* (service du professeur Follet).

Antécédents : Aucune maladie infectieuse, jamais de fièvre intermittente, malgré un séjour en Afrique. Le malade ne présente pas de tare syphilitique. Il n'est pas alcoolique. A l'exception de plusieurs bronchites, cet homme a toujours joui d'une bonne santé.

Depuis le mois d'octobre dernier, le malade s'est mis à tousser ; mais il n'en continua pas moins son genre de vie ordinaire. Il y a trois semaines, des douleurs vives sont apparues dans le côté droit et à l'épigastre, la teinture d'iode et un vésicatoire appliqués successivement ne sont pas arrivés à bout de leur tenacité.

Le malade a cependant continué à s'alimenter mais, dit-il, il manque d'entrain. Jeudi dernier, il éprouva des douleurs dans les jambes et le lendemain celles-ci commencèrent à enfler.

Actuellement, notre malade donne l'impression d'un ca-

chectique ; il présente de l'œdème du côté droit sur lequel il reste couché de préférence, il existe aussi un léger œdème au bas-ventre et un œdème plus considérable dans les membres inférieurs. Pas d'ictère. Ce dont le sujet se plaint surtout, c'est d'une douleur vive sous le rebord costal droit. Ces douleurs sont calmées par le décubitus latéral droit. L'épigastre est également douloureux, surtout au moment des repas et tant que dure la digestion on signale quelques coliques ; mais la pression de l'abdomen n'éveille aucune douleur.

Comme autres troubles digestifs on signale encore un état légèrement saburral de la langue ; et comme signes négatifs : ni vomissements, ni diarrhée, ni constipation. Pas d'hémorroïdes : jamais d'hématémèses, ni de mélaenas.

Le malade ne se plaint d'aucun trouble circulatoire. Il est un peu oppressé, tousse un peu, mais ne crache pas.

Il urine souvent, mais pas en quantité exagérée. Ses urines sont rouges, foncées et troubles. Elles contiennent de l'albumine.

La température est à 37°,8. Pouls faible, à 72.

L'examen physique de ce malade nous montre l'absence de douleur provoquée par la pression, excepté dans l'hypochondre droit, l'absence d'ascite et de circulation veineuse collatérale. Le foie déborde de 4 centimètres et demi le rebord des fausses côtes droites.

Le murmure vésiculaire est affaibli. Au sommet droit, la respiration est soufflante.

Du côté droit, on trouve de la pectoriloquie aphone, de la diminution des vibrations thoraciques ; de la sonorité exa-

gérée dans la région claviculaire. Au-dessous du mamelon existe une zone très nette de matité absolue, de 15 centimètres de hauteur.

Les jours suivants, l'état du malade ne change guère.

Le 20 mars, le malade fut pris au milieu de la nuit d'oppression excessive et de douleurs dans le côté droit. Le 21, au matin, on le trouva la figure pâle, les extrémités froides, le ventre était tendu et présentait de la fluctuation. Dans l'après-midi, le malade descendit de son lit pour aller à la selle, aussitôt il s'affaissa et mourut subitement sans proférer une parole.

*Autopsie.* — A l'ouverture de la cavité abdominale on trouva deux ou trois litres de sang liquide de coloration rouge foncée. Le petit bassin contenait également une nappe de sang et dans ce sang des caillots et un fragment de parenchyme hépatique.

La masse viscérale était intacte.

Le foie pesait 4 kilogrammes 500. Sa surface présentait des taches et des bosselures d'aspect encéphaloïde, une de ces bosselures était à moitié rompue ; il en résultait une perte de substance que remplissait un caillot sanguin.

Le cardia présentait une tumeur cancéreuse. Les deux feuillets de la plèvre droite étaient adhérents à leur partie inférieure. Tubercules au sommet du poumon droit. Deux noyaux cancéreux dans le poumon gauche, vers la partie moyenne. Rate normale. Les reins étaient blancs et petits, présentaient les lésions de la néphrite épithéliale.

Observation XV. — Cruveilhier.

Masses encéphaloïdes du foie présentant l'aspect de bouillie grisâtre. Hémorrhagie péritonéale par suite de la rupture d'un foyer sanguin ; tubercules cancéreux enkystés du poumon...

J'ai assisté par hasard à l'autopsie d'un individu âgé de 46 ans, mort dans le service de M. Rayer, à la Charité, avec un épanchement considérable de sang, dans la cavité péritonéale. La source de cet épanchement était dans un foyer sanguin ouvert à la face inférieure du foie, lequel était énorme au point d'atteindre le détroit supérieur du bassin.

Ce grand volume du foie était dû à d'innombrables et volumineuses masses cancéreuses développées dans l'intérieur de cet organe. La mollesse du foie était telle qu'il fut impossible d'extraire cet organe sans le déchirer. Sa surface était lisse et l'absence de bosselures tenait probablement à la mollesse des masses carcinomateuses elles-mêmes. Le foie adhérait intimement aux parois abdominales immédiatement au-dessous du rebord des fausses côtes droites, si bien qu'en voulant détruire ces adhérences on a entamé un foyer morbide. Ce foyer était une masse encéphaloïde qui avait subi une altération bien profonde. On voyait en effet dans ce foyer, indépendamment du suc

encéphaloïde, une matière qui se présentait sous 2 aspects, tantôt sous celui du mastic, tantôt sous celui d'une bouillie grisâtre.

La presque totalité du foie était transformé, en cette bouillie grisâtre ; mais avec un peu d'attention il était facile de voir que cette bouillie était réunie en foyers considérables qui se touchaient sans intermédiaire. Dans d'autres points ces foyers étaient séparés par du tissu hépatique...

Le foyer sanguin qui avait été la source de l'hémorrhagie appartenait à une masse encéphaloïde.

Dans l'épaisseur du grand épiploon était un foyer sanguin considérable, au centre duquel était de la matière encéphaloïde. On aurait donc pu croire au premier abord que cette matière était formée dans l'épaisseur des caillots, mais évidemment le foyer sanguin était une conséquence de la rupture de la masse cancéreuse.

Les poumons contenaient une multitude de noyaux...

### Observation XVI. — Serrières.

Tumeur volumineuse de l'abdomen, mort presque subite. Tubercules encéphaloïdes à différents degrés, développés dans le foie ; séparation de l'un d'eux, hémorrhagie dans l'intérieur du péritoine.

Bacchus (Michel), tailleur, âgé de 30 ans, est entré à l'hôpital le 30 avril 1885, pour une maladie de foie.

Il éprouvait depuis longtemps et particulièrement dans le côté droit de l'abdomen des douleurs de nature très diverse qui se calmaient quelquefois spontanément dans le commencement de son séjour à l'hôpital ; mais on fut bientôt obligé de recourir aux préparations opiacées.

Le malade ne peut donner aucun renseignement sur l'invasion de son mal et sur sa durée. Dans la nuit du 25 au 26 mai, cet homme qui depuis, quelques jours, était tourmenté par la diarrhée, se releva seul pour aller à la garde-robe ; il fit sans aucun résultat quelques efforts pour évacuer ; il se remit au lit et se sentit défaillir, depuis ce moment jusqu'à son décès qui eut lieu environ une heure après.

*Autopsie.* — Emaciation considérable, légère coloration jaune de la peau. Abdomen tendu donnant un son mat à la percussion dans presque toute son étendue. Le son mat remonte du côté droit de la poitrine jusque sous le mamelon. A la pression, on sent une tumeur dure, résistante, assez égale, qui descend à 2 pouces au-dessous de l'ombilic, occupant tout le flanc droit et s'étendant en remontant sous l'hypocondre gauche. Cette tumeur paraît être surmontée d'une autre, molle, de forme hémisphérique, faisant une saillie sans changement de couleur à la peau. Cette deuxième tumeur est située un peu à droite de la ligne médiane et s'étend des cartilages des dernières côtes et de l'appendice xyphoïde jusqu'auprès de l'ombilic.

Lorsque l'instrument pénétra dans l'abdomen, il s'écoula avec impétuosité une grande quantité de liquide abondant

et rouge (sa quantité peut être évaluée à 3 ou 4 pintes 1 litre 1/2 à 2 litres). La cavité étant ouverte entièrement on vit que toute la capacité abdominale avait été envahie par le foie qui occupait les 2 hypocondres, les régions épigastrique, ombilicale et hypogastrique, jusque vers la symphyse des pubis et la région iliaque droite. Les intestins étaient fortement déjetés à gauche, dans le foie et dans le bassin.

La deuxième tumeur était formée par du tissu encéphaloïde ramolli et le foie contenait un grand nombre d'autres tumeurs de même nature, de volume variable depuis celui des 2 poings réunis jusqu'à celui d'une petite noix.

Les unes étaient situées à la surface de l'organe, d'autres tout à fait ensevelies dans sa substance.

Deux contenaient des épanchements sanguins assez récents, deux autres étaient pour ainsi dire à l'état cru... Le tissu hépatique n'était pas altéré, mais seulement comprimé...

Le foie remontait en réalité à 2 pouces au-dessous du mamelon...

Une des petites masses carcinomateuses, du volume d'une petite noix, située environ à la partie moyenne entre l'ombilic et la moitié du bord supérieur de l'os coxal droit, paraissait détachée du tissu du foie dans environ la moitié de la surface par laquelle elle lui était adhérente et un caillot large d'un pouce, très aplati et consistant, partait de cette espèce de déchirure, contournait la portion droite du foie et s'étendait jusque dans le flanc

droit où se trouvait encore du liquide rouge dont nous avons parlé. Le poids du foie était de 20 livres.

### Oservation XVII. — André.

Cancer du foie, rupture dans la cavité péritonéale.

A..., cultivateur, âgé de 59 ans, entre le 15 mars 1851, à l'Hôtel-Dieu (service de Chomel).

Cet homme a toujours joui d'une bonne santé, n'a jamais fait de maladie grave, n'a pas été atteint d'ictère. Au mois de juin 1850, il fit une chute de cheval, tomba sur le côté droit. Il en éprouva une douleur peu vive qui disparut bientôt. Au commencement de novembre il commença à sentir dans l'hypocondre droit, s'irradiant à gauche et à l'épigastre, des douleurs sourdes qui ne le forcèrent pas à laisser son travail. Cependant A. remarqua une diminution de ses forces et de son appétit. A partir de janvier 1851, les douleurs deviennent plus intenses et s'accompagnent d'un amaigrissement plus marqué, d'une teinte légèrement paille de la peau, d'une diminution plus marquée de l'appétit, quelquefois d'un peu de diarrhée. A l'époque de l'entrée à l'Hôtel-Dieu on constata une augmentation marquée du volume du foie dont les limites supérieure et inférieure dépassent leurs points normaux ; le bord inférieur est tranchant. L'hypocondre gauche est le

siège de douleurs qui s'étendent jusqu'au pubis. L'appétit est diminué.

Pendant le premier mois l'affaiblissement et l'amaigrissement augmentent graduellement ; un épanchement se forme dans la grande cavité péritonéale ; deux vomissements bilieux seulement. Du 10 au 27 avril l'état du malade devient de plus en plus grave ; nausées fréquentes, vomissements comprenant les boissons ingérées. De plus, on remarque de la toux, des crachats muco-purulents et une dyspnée marquée. Mort le 28 avril.

*Autopsie.* — La cavité abdominale contient un liquide d'une couleur rouge foncée, sans caillots ni flocons pseudo-membraneux. Pas de trace d'inflammation du péritoine pariétal ou viscéral. Le foie très volumineux, rouge, est parsemé d'un grand nombre de tumeurs, sous forme de marrons d'un blanc jaunâtre, d'autres d'un blanc rougeâtre.

Au-dessous de la face concave du foie, en dedans de la vésicule biliaire et au devant du lobe de Spiegel, on rencontrait, placé sur l'épiploon gastro-hépatique, un caillot du volume d'un gros œuf d'oie ; à ce niveau le parenchyme du foie présentait plusieurs petites pertes de substance ; l'une d'elles siégeait sur une des masses cancéreuses dont quelques-unes étaient vasculaires et très rouges.

Observation XVIII. — Gordon.

Cas de cancer du foie. Rupture de son enveloppe péritonéale. Compression du cœur.

Le sujet de cette complication très rare était un homme de 50 ans qui fut admis à « Whit wosth Hospital », le 1er janvier de cette année (1867). Le jour de son admission, le diagnostic n'était pas douteux, il s'agissait d'une hypertrophie cancéreuse du foie, bien que son aspect et son habitus extérieur ne fût en aucune manière caractéristique d'une affection maligne.

Il présentait depuis deux mois de la perte de l'appétit et un malaise général, une sensation de pesanteur dans le côté droit, et une irritation légère de l'estomac.

La région hépatique était occupée par un foie augmenté de volume, à surface très irrégulière. Quelques-unes de ses saillies présentaient une dépression centrale. Le volume de l'organe à cette époque (1er janvier), autant qu'on pouvait en juger par la mensuration extérieure, égalait environ le quart du volume que le foie devait atteindre dans la suite. On pouvait facilement glisser la main sous le bord inférieur ; toute la portion située dans l'hypocondre gauche était perceptible. L'examen des organes abdominaux était très facile.

Pendant la semaine qui suivit le jour de l'admission, cette grave maladie ne causa que peu de gêne.

Le 9 janvier, le malade eut des vomissements, de la constipation et des douleurs abdominales.

Le 11, il eut des selles fréquentes ; quantité d'urine normale, mais l'irritation de l'estomac persista.

Depuis cette époque jusqu'à sa mort (31 janvier), il ne cessa de présenter, avec plus ou moins d'intensité, les deux symptômes suivants : douleurs violentes à l'épigastre, vomissements et nausées.

A partir de ce moment le foie s'hypertrophia rapidement, chaque jour l'augmentation de volume faisait des progrès considérables. Il envahissait la cavité abdominale d'une façon très irrégulière.

Le 21, il éprouva une douleur lancinante très violente dans le ventre, douleur très différente de celle qu'il éprouvait auparavant. Elle était sans doute due à la distension des parois abdominales. Il n'y avait qu'un épanchement très léger dans la cavité abdominale, et le patient n'offrait aucun des signes de l'ascite.

L'augmentation de volume était due uniquement à l'hypertrophie rapide du foie.

Notons brièvement que la cachexie fit dès lors des progrès rapides ; quand le patient rentra à l'hôpital, il présentait les apparences d'un homme vigoureux, mais la faiblesse et l'épuisement s'établirent presque d'emblée.

Vers cette époque, quelques nouveaux symptômes firent leur apparition : œdème de la moitié inférieure du corps, urine en quantité insuffisante, palpitations. Pas de

troubles cardiaques. Le volume du foie continua à s'accroître très rapidement.

Le 28 janvier, il éprouva une douleur soudaine dans l'abdomen ; je le trouvai dans le collapsus complet, le pouls n'était plus perceptible. Il était couvert de sueurs, respirait à peine et soutenait son ventre avec ses mains. Les battements du cœur n'étaient plus perceptibles à la palpation et les bruits cardiaques étaient très faibles. Me rappelant ce qui arrive parfois dans ces cancers mous, je pensais qu'il y avait probablement, dans ce cas, une hémorrhagie dans une partie molle, et qu'une perte de sang, même minime, avait pu causer ce collapsus total, bien que cela n'eût expliqué en aucune manière la douleur qu'il avait éprouvée.

La fenêtre qui lui faisait face était largement ouverte, l'air frais arriva jusqu'à lui et les stimulants habituels furent administrés. Il lui fallut une heure pour reprendre ses sens et le matin suivant tout signe de collapsus avait disparu ; mais si la douleur diminua d'intensité, elle ne disparut jamais complètement.

Le 30, il était très faible et ses forces diminuèrent très rapidement. La paroi de l'abdomen se gangrène à l'endroit où avait été appliqué de l'onguent mercuriel ioduré. Il mourut le 31.

Il n'avait jamais eu d'ictère, mais dans la dernière période, il avait pris le teint jaune terreux, habituel dans les cirrhoses du foie.

*Autopsie.* — Le foie hypertrophié occupait presque tout le ventre, aucun autre organe n'était visible au premier

abord. Il pesait plus de 24 livres ; il ressemblait à un gros ballon irrégulier recouvert de nombreuses saillies. C'était des tubérosités cancéreuses ; quelques-unes d'entre elles étaient déprimées au centre et étaient plissées sur leur bord.

Les coupes du foie présentaient les mêmes tubérosités à centre de consistance cérébrale.

Le collapsus du 28 fut causé par une déchirure de l'enveloppe péritonéale du lobe droit ; elle était perpendiculaire au grand axe du foie et avait 3 pouces d'étendue.

Près de la déchirure, la séreuse était décollée par un épanchement sanguin. Il n'y avait qu'une quantité de sang très minime dans la cavité péritonéale ; le collapsus était probablement causé aussi bien par la déchirure que par l'hémorrhagie. Cette dernière, d'importance si minime, n'avait dû servir qu'à augmenter la faiblesse du malade et à provoquer les troubles cardiaques.

Le péritoine était couvert de tubercules cancéreux. On en rencontrait également sur la plèvre pulmonaire et sur les reins.

L'aspect du cœur était très remarquable..., il était plissé, les ventricules, surtout le droit, étaient comprimés et aplatis.

En outre, la paroi du ventricule était repliée sur elle-même, de telle façon qu'un instrument tranchant introduit dans le ventricule, le long de son plan externe, aurait traversé la paroi en 4 endroits différents. Cette disposition était de date ancienne...

Le cœur occupe une position tout à fait horizontale ; le ventricule droit est complètement vide et le gauche l'est presqu'autant.

Cet aspect du cœur est probablement d'origine purement mécanique. Les symptômes caractérisant cette compression étaient : le pouls intermittent, les battements imperceptibles du cœur, ses bruits faibles, et la gangrène de la paroi abdominale semblait due, dans ce cas, à la circulation capillaire devenue aussi mauvaise que possible.

2 février 1867.

### Observation XIX. — Murchison.

### Cancer primitif du foie. Mort par hémorrhagie péritonéale.

Patrick S..., 50 ans, fut soigné, en août 1861, par Greenhow, à l'hôpital Middlesex. Il avait été autrefois très intempérant, depuis plusieurs mois il maigrissait et se plaignait, de temps en temps, de nausées et de douleurs épigastriques. Greenhow reconnut que le foie était gros et distinctement nodulé au-dessous du rebord costal droit, ainsi que l'aspect particulier caractéristique de la cachexie cancéreuse. Point d'ictère et peu ou point d'ascite ; rien qui put indiquer une terminaison fatale immédiate.

Le 26 août, le malade fut amené à l'hôpital et admis

dans le service de Goodfellow, parce que son état avait subitement empiré depuis deux jours. A son entrée, grande prostration et état cachectique, ictère prononcé de la peau, des conjonctives et de l'urine ; perte complète de l'appétit, vomissements incessants, douleur intense et sensibilité dans la région du foie qui était très volumineux, dur et nodulé ; abdomen très distendu et fluctuant ; pouls rapide et petit.

Il n'y eut pas d'amélioration et, le lendemain de son admission, le malade vomit une grande quantité de liquide noirâtre et analogue à du sang.

Pendant la nuit du 27, collapsus qui dure jusqu'à la mort du malade, le 28 août à 2 heures de l'après-midi.

*Autopsie.* — Emaciation modérée ; ictère généralisé ; 6 à 7 litres de sérosité sanguinolente, rouge foncé, dans la cavité péritonéale ; sur la face supérieure du lobe droit du foie, vers son extrémité droite, entre le foie et le diaphragme, coagulum sanguin, noirâtre, du poids de 140 gr. La tunique séreuse des intestins qui baignait dans le liquide sanguin était normale. Le foie pesait 42 onces : lobe droit relativement très gros, tandis que le gauche était très atrophié et semblait une dépendance du droit. La plus grande partie du lobe gauche avait un aspect granuleux à la surface et présentait, à la coupe, l'apparence caractéristique de la cirrhose.

Cependant au lobe carré se trouvait une masse arrondie, à peu près comme une forte noix, attachée par un étroit pédicule, et pareillement composée de tissu glandulaire cirrhotique. Toute la surface du lobe droit était

couverte de nodules proéminents variant du volume d'un pois à celui d'une grosse cerise ; le plus gros était très élastique ou presque fluctuant.

Le coagulum qui se trouvait à la surface du lobe droit était adhérent en un point pris de l'extrémité droite de l'organe correspondant à un des nodules ramollis qui était rompu, etc...

### Observation XX. — Murchison (*Observ.* XCIV).

Fongus hématode se projetant sur la face supérieure du foie. Hémorrhagie dans le péritoine.

Luke T..., âgé de 57 ans, fut envoyé à l'hôpital des Fiévreux de Londres, le 20 janvier 1868, comme paraissant atteint de fièvre. Aucun renseignement sur ses antécédents. A son entrée, émaciation considérable, pouls entre 76 et 88 ; grande faiblesse. Langue sèche et brune ; intestin un peu relâché ; abdomen légèrement distendu par des gaz, mais également par du liquide épanché dans le péritoine. Matité hépatique paraît normale. De temps à autre, de la toux avec expectoration spumeuse, ténue ; légère matité à la surface des deux poumons en arrière, avec crépitation un peu fine, mais pas de souffle tubaire. Ni ictère, ni hydropisie, ni albuminurie.

Les symptômes empirèrent de plus en plus, l'émacia-

tion et l'ascite augmentèrent ; fréquent subdelirium avec marmottement ; le 2 février, léger ictère ; mais les évacuations contiennent encore de la bile. Pouls rarement au-dessus de 80. Faiblesse plus grande de jour en jour, mais pas de nouveau symptôme important. Mort le 16 février.

*Autopsie.* — Trois ou quatre litres de liquide brunâtre, sanguinolent dans le péritoine. Le foie était séparé du diaphragme en avant et de la paroi abdominale antérieure sur une étendue de deux à trois pouces, par un espace rempli de ce liquide sanguinolent ; ligament supérieur allongé proportionnellement. Le foie pèse 64 onces ; capsule légèrement épaissie et opaque, mais surface unie. A la coupe le foie était résistant. A la partie postérieure et supérieure du lobe droit se trouvait une tumeur arrondie, grosse comme le poing ; elle s'était creusé une cavité dans le diaphragme auquel elle adhérait si fortement qu'on en laissa un fragment en enlevant le foie. Cette tumeur était de consistance pulpeuse, et recouverte par la capsule du foie épaissie. A la coupe on vit qu'il n'y avait qu'une mince ligne de séparation entre cette matière et le tissu dense du reste du foie. La substance pulpeuse pouvait être déchirée avec la plus grande facilité. Elle était très vasculaire, de sorte qu'elle était évidemment la source du sang épanché dans le péritoine. Au microscope, on la trouva formée de cellules à gros noyaux, arrondies, piriformes ou à queue.

Estomac et intestin sains, parois du cœur amincies. Poumons congestionnés.

Observation XXI. — Frerichs (*Observ.* CXVII de ses *Leçons cliniques*).

Sensibilité à l'épigastre. Troubles digestifs. Ictère peu intense. Foie énorme, parsemé de tumeurs fluctuantes, épanchement liquide dans le ventre augmentant vite, collapsus (pouls très petit, extrémités froides, perte de connaissance).

*Autopsie.* — Fongus médullaires nombreux du foie, transformation graisseuse de cet organe. Irruption d'excroissances fongueuses à travers la capsule du foie avec épanchement de sang dans le péritoine. Cancer de la branche droite de la veine porte, compression de la veine cave, cancer de la petite courbure de l'estomac, quelques ecchymoses dans le mésentère.

Observation XXII. — Roberts (*in Journal de Therapeutique de Gubler*, 1883).

X..., âgé de 50 ans, menuisier, raconte avoir éprouvé des signes de dyspepsie ; le 1er janvier 1883, il fut renversé par un cab ; au bout de huit jours, il eut de violentes et continuelles douleurs dans les hypocondres gauche et

droit. Il perdit l'appétit et se mit à maigrir. C'est alors qu'il entra à l'hôpital.

A son entrée, la température était 97°,6 Farenheit ; il était très émacié et son teint était jaune. Il était hébété et répondait difficilement et lentement. Le sommeil était troublé. Pas de signes pulmonaires. Artères rigides, pouls à 100, petit et régulier, veines de l'abdomen dilatées. Appétit nul, soif vive. Pas de vomissements, mais une flatulence et une constipation considérable. Langue sèche, couverte d'un enduit jaunâtre. L'abdomen était proéminent dans sa partie supérieure surtout, séparée de la partie inférieure par un sillon situé un peu au-dessus de l'ombilic. Au-dessus de ce sillon, l'abdomen donnait au doigt une sensation de résistance un peu inégale et était très sensible. On put reconnaître les signes d'une ascite légère. La sensibilité du foie s'étendait depuis la 4e côte à droite et la 6e à gauche jusqu'au sillon précité. Le foie était irrégulier, dépressible en certains points, dur dans d'autres, il participait aux mouvements respiratoires et était douloureux. L'urine contenait des traces de bile, mais était normale.

Le malade traîna quelque temps à l'hôpital, l'ictère et l'ascite augmentèrent puis il fut pris d'un collapsus qui l'emporta.

*Autopsie.* — Signes de bronchopneumonie ancienne aux sommets ; la base du poumon droit était en collapsus. Les 2 ventricules du cœur étaient remplis de caillots. L'abdomen contenait 120 grammes de liquide foncé sanguinolent. Le foie pesait 5,760 gr., son diamètre trans-

verse était de 13 pouces 1/2, le lobe droit mesurant 12 pouces 1/2 d'avant en arrière et le gauche 8 pouces. La surface du foie était parsemée de masses d'un blanc jaune, assez grandes, molles au toucher et comme fluctuantes. La dimension de ces masses variait depuis une tête d'épingle jusqu'à 3 pouces carrés. La forme de ces masses était ronde et ovale ; les plus grandes s'élevaient à 2 ou 3 centimètres au-dessus de la surface du foie. Quelques unes étaient ulcérées et avaient même contracté des adhérences avec le feuillet pariétal du péritoine. Sur la partie supérieure du lobe droit il y avait 3 masses excessivement ulcérées et près d'elles une quatrième déchirée et rompue, présentant une cavité infractueuse pleine de caillots sanguins récents ; tout auprès il y avait des caillots dans le péritoine ; en sectionnant le foie on le trouva composé d'un tissu pareil à celui des masses décrites ci-dessus et saignant facilement. On ne put découvrir que des traces du tissu normal hépatique. Cancer du pancréas. Pas de suffusions sanguines dans la muqueuse de l'estomac. Rien d'anormal du côté de l'intestin, de la rate et des reins.

En résumé : encéphaloïde du foie et du pancréas.

La mort a été la conséquence de la rupture de la tumeur hépatique et de l'épanchement sanguin dans la cavité péritonéale.

Nous devons ajouter à ces observations le rapport que fit Gilles de la Tourette à la Société anatomique, le 27 mars 1885. Il présentait un foie atteint de cancer. Ce foie avait appartenu à un homme de 75 ans

qui était mort récemment, on ne sait de quelle manière. L'autopsie avait fait découvrir un épanchement sanguin dans la cavité abdominale. Il adhérait au bord postérieur du foie, et avait pour point de départ une bosselure caractérisée par un noyau cancéreux ramolli et rompu.

Toutes ces autopsies ont entre elles de grandes analogies. Avant d'étudier le mécanisme de ces ruptures, nous allons en étudier les lésions.

Dans toutes ces observations le foie est atteint de cancer nodulaire. Les bosselures qu'on signale à la surface de la glande sont variables comme dimension et comme forme, notons seulement que presque toutes ont une consistance molle et que quelques-unes sont richement vascularisées.

C'est donc sur des cancers nodulaires que les ruptures se sont produites. Il reste à déterminer à quels points. Dans notre observation, elle s'est produite au niveau d'un noyau cancéreux situé dans le lobe droit, au voisinage du bord tranchant du foie.

Dans l'observation de Rendu c'était sur le bord postérieur du foie.

C'est, en général, sur le lobe droit, soit sur la face convexe, soit sur la face inférieure, d'ailleurs la topographie importe peu, ce qui règle le siège de la rupture, c'est le siège même du noyau cancéreux ou du kyste néoformé.

L'aspect le plus commun de la rupture est celui qui se trouve signalé dans notre observation : un noyau

cancéreux n'est plus retenu au foie que par un côté, de l'autre il est détaché et c'est par cette déchirure que s'est écoulé le sang. Dans l'observation XVI[e], les détails sont précis : « une petite masse carcinomateuse du volume d'une petite noix paraissait détachée du tissu hépatique dans la moitié de la surface par laquelle elle lui était adhérente ».

Dans l'observation XX, on ne trouve pas signalée de véritable solution de continuité, mais la grande vascularité des bosselures suffisait à expliquer l'hémorrhagie péritonéale.

La déchirure peut ne pas se limiter à un noyau, car dans l'observation XVIII il est dit que le péritoine hépatique, au niveau du lobe droit, était déchiré sur une étendue de 3 pouces et perpendiculairement au grand axe du foie. La disposition de cette déchirure se rapprochait donc de la disposition des ruptures traumatiques.

Sous l'influence de la brusquerie de l'accident ou de la friabilité extrême du parenchyme hépatique, il peut se produire une véritable perte de substance. C'est ainsi que nous avons retrouvé jusque dans le petit bassin un fragment de foie détaché au moment de la déchirure. N'en serait-il pas ainsi dans l'observation de Cruveilhier qui découvrit un débris de néoplasme au milieu d'un épanchement sanguin du grand épiploon ?

Le foyer de la rupture est, le plus souvent, rempli par du sang coagulé ; les caillots ne restent pas d'ailleurs limités à cette cavité infractueuse, il en

émerge un volume plus ou moins considérable qui reste adhérent au point de départ primitif de l'hémorrhagie. La forme, la direction de ces caillots peuvent indiquer la façon dont l'hémorrhagie s'est produite : ainsi dans l'observation XVI. un caillot large d'un pouce et très plat, partait du noyau rompu, contournait la partie droite du foie pour gagner le flanc droit où était accumulé du sang. La nature était pour ainsi dire prise sur le vif.

Dans la cavité abdominale on trouve d'autres caillots sanguins libres et du sang liquide accumulé dans les parties déclives. Sa quantité varie des hémorrhagies microscopiques, jusqu'à 2 ou 3 litres, c'est-à-dire jusqu'à l'inondation péritonéale. Le cancer nodulaire étant habituellement accompagné d'ascite, celle-ci prend les caractères de l'ascite hémorrhagique. Mais cette transformation peut s'opérer indépendamment de toute rupture, dans le cancer du foie, non seulement par la propagation néoplasique au péritoine mais encore par une simple exhalation sanguine, suivant l'expression de Cruveilhier. M. Rinon (*Bulletin de la Société anatomique et physique de Bordeaux*) a rencontré, dans une autopsie, 5 ou 6 litres de liquide rougeâtre dans l'abdomen avec un foie marronné, énorme mais sans rupture.

Il existe des déchirures incomplètes du foie qui, grâce à la conservation d'une coque superficielle, n'aboutissent pas à l'hémorrhagie péritonéale. C'est la forme signalée par Rendu : un énorme épanche-

ment s'était produit au sein d'une masse cancéreuse sous-jacente à la capsule de Glisson, il s'était fait jour à la surface du foie dont il avait décollé l'enveloppe, de telle sorte que toute la glande était recouverte uniformément d'un caillot sanguin de plusieurs centimètres de hauteur.

Cette rupture sous-glissonienne est l'intermédiaire entre la rupture complète et les épanchements sanguins intra-hépatiques dont il existe plusieurs exemples. Dans son anatomie pathologique, Cruveilhier attire l'attention sur le développement énorme que subit parfois, d'une façon soudaine, le foie atteint de cancer, sous l'influence d'une apoplexie des masses carcinomateuses. L'hypertrophie au lieu d'être généralisée, peut atteindre seulement une partie du foie : ainsi Vicaise présenta à la Société anatomique en, février 1900, un foie cancéreux qui affectait une forme bizarre : il présentait en avant un prolongement linguiforme qui contenait une poche kystique hémorrhagique. La paroi de cette cavité, tapissée intérieurement de fibrine, montrait un noyau néoplasique, point de départ probable de la lésion pseudo-kystique.

A son plus faible degré, l'hémorrhagie est constituée par des caillots que l'on rencontre assez souvent en coupant les foies cancéreux. Ils occupent le centre d'une nodosité en voie de ramollissement.

Dans toutes ces hémorrhagies (Cruveilhier puis Frerichs en ont déjà fait la remarque) le sang subit les

mêmes modifications de couleur que dans les autres épanchements sanguins parenchymateux.

Tel est l'état macroscopique des lésions dont l'histologie va maintenant nous faire entrevoir le mécanisme.

Le noyau cancéreux qui subit la transformation kystique est en général un épithélioma cylindrique dont il existe deux variétés : l'épithélioma alvéolaire et l'épithélioma trabeculaire ou adénocancer. De même que dans les tissus normaux les vaisseaux restent situés à une certaine distance des membranes épithéliales, l'épithélioma ne se laisse pas en général pénétrer par eux. C'est là une conception toute différente de ce qu'on pensait autrefois à l'époque où l'on considérait les carcinomes comme des tumeurs d'origine conjonctive, et l'on disait alors : l'accroissement du tissu interlobaire entraîne le développement des branches de l'artère hépatique. Il est incontestable que dans certaines tumeurs du foie les vaisseaux acquièrent un grand développement. Ce sont ces cas qui ont été décrits sous le nom de cancer hématode. Les vaisseaux acquièrent un calibre considérable et présentent des dilatations anévrysmales qui sont proéminentes à l'intérieur des alvéoles. De plus, leurs parois sont minces et fragiles.

M. Brault n'admet pas sans réserve cette théorie du cancer hématode, il considère ces faits comme très rares et, d'après lui, ils ont été mal interprétés. Il ne s'agirait pas en général d'épithéliomas

simples, ce serait plutôt des sarcomes angioplastiques.

Sous quelle influence se produisent les ruptures vasculaires ? Deux mécanismes peuvent être invoqués, ou bien la paroi du vaisseau subit la transformation néoplasique (ce processus admis autrefois n'a pas été confirmé par les recherches anatomo-pathologiques), ou bien elle est ouverte spontanément par l'action combinée de ces deux facteurs : l'excès de tension sanguine et la fragilité des parois vasculaires.

D'après Hanot et Gilbert, ces parois sont étouffées par les éléments néoplasiques qui pénètrent d'une façon mécanique dans leur cavité, de telle sorte qu'on ne peut mieux comparer le mode de pénétration des cellules cancéreuses dans les vaisseaux qu'à celui des organismes inférieurs.

L'hémorrhagie se produit au sein même du noyau cancéreux dont le centre est dégénéré et ramolli ; si la tension devient plus considérable dans le pseudo-kyste ainsi formé, elle triomphe du tissu friable du foie et de sa capsule fibreuse et s'épanche dans le péritoine.

La cause occasionnelle de la rupture n'est évidente que dans l'observation XVI ; on ne peut mettre en doute l'action des efforts de défécation, à moins qu'on ne considère l'apparition de ce besoin que comme une manifestation de l'état syncopal, ce qui supposerait l'existence antérieure de l'hémorrhagie.

En réalité, le seul fait que le malaise ne débuta qu'après les efforts est une preuve suffisante de leur

action pathogéne : l'excès de tension vasculaire qu'ils ont déterminé à véritablement produit la rupture.

Dans notre observation personnelle, cette explication ne peut être adoptée ; le malade succomba brusquement au moment où il se levait, mais ce fut une mort par syncope au cours d'une anémie aiguë.

Les signes de la rupture du foie sont empruntés presque tous à la symptomatologie des hémorrhagies intimes. Le début en est en général brusque : une douleur soudaine éclate dans le ventre ou bien le malade se sent subitement défaillir. Dans d'autres cas les accidents surviennent insidieusement, ils dépendent à la fois de l'anémie aiguë et de la réaction péritonéale.

Ce sont encore ces deux éléments qui vont dominer le reste de la symptomatologie : Le malade pâlit, ses lèvres se décolorent, sa peau se recouvre de sueurs froides. La perte de connaissance peut être complète dès le début. D'autres fois le collapsus n'atteint pas ce degré, il s'arrête à un état lipothymique avec sensation nauséeuse, refroidissement des extrémités, respiration dyspnéique ; le pouls est fréquent et petit, au degré ultime et devient filiforme, la température est au-dessous de la normale (*ob.* VI).

Le ventre est douloureux ; le malade a des nausées ou des vomissements et il est en général constipé ; son ventre est souvent augmenté de volume, le palper en est difficile à cause de la douleur que la moindre

pression provoque. Si l'ascite existait déjà, elle se trouve augmentée, sinon on peut voir se produire instantanément les signes d'un épanchement hémorrhagique.

Tels sont les signes de la rupture spontanée du foie. Dans aucune observation ils ne se trouvent réunis au complet : chez l'un ce sont les signes anémiques et syncopaux qui dominent ; chez un autre, c'est la douleur abdominale ; chez un troisième, ce sont les signes de faiblesse accentués (*ob.* VI).

L'évolution également n'est pas toujours la même. La mort survient d'une façon presque subite (XVI[e]) ou ne tarde qu'un jour (XIV[e]) ou trois jours (XVIII[e]) ou un petit nombre indéterminé de jours (Rendu). Toutes les hémorrhagies péritéonales ne sont pas mortelles ; si elles sont peu abondantes elles laissent le cancer évoluer normalement.

La rupture du foie doit être distinguée de toutes les affections douloureuses de l'abdomen et des hémorrhagies internes. La péritonite aiguë expose surtout à la confusion ; l'aspect des deux maladies n'est cependant pas le même : dans la rupture, le faciès est surtout anémique ; dans la péritonite il est griffé et moins blanc. Dans celle-ci encore la température s'élève, dans celle-là elle s'abaisse au-dessous de la normale. Enfin le début brusque de la rupture alors que le diagnostic de cancer du foie est connu, doit plutôt faire rejeter l'idée de péritonite, car nous savons que s'il existe parfois une péritonite terminale

du néoplasme hépatique, elle prend le plus souvent une allure subaiguë.

On conçoit l'hésitation du diagnostic entre la rupture spontanée du foie et une colique hépatique ou néphrétique, la torsion d'une salpingite, la rupture d'un kyste de l'ovaire, l'étranglement interne où cependant la suppression des gaz et des selles est plus complète, la crise aiguë d'appendicite où la douleur et la dépense musculaire sont localisées dans la fosse iliaque droite et où, d'autre part, existent de l'hyperthermie et un état saburral des voies digestives.

Il n'est pas jusqu'au coma diabétique ou à cette forme de collapsus que nous avons décrit comme une manifestation de l'ictère grave qui ne puisse simuler la rupture du foie.

Chez une femme jeune enfin la rupture d'une grossesse extra-utérine donne lieu à une symptomatologie analogue : dans l'un et l'autre cas les accidents débutent brusquement et aboutissent aux signes d'hémorragie interne et de péritonisme ; le diagnostic est guidé par l'âge de la femme, la suppression antérieure des règles, le point de départ pelvien de la douleur et l'écoulement de sang par les voies génitales.

Il est utile d'étudier, à côté du diagnostic de la rupture du foie, celui des épanchements sanguins spontanés de son parenchyme. Cruveilhier avait déjà dit : Le développement rapide du foie est produit assez souvent par des épanchements sanguins au sein des masses néoplasiques, c'est alors qu'on voit des foies,

qui ne dépassaient pas le rebord costal, déborder en quelques jours l'ombilic. On peut croire à l'existence d'un kyste ou d'un abcès et être tenté de faire une ponction exploratrice.

L'erreur que signalait Cruveilhier a été commise plusieurs fois depuis. Hanot et Gilbert rapportent dans *l'Etude des maladies du foie* (page 154) l'observation d'un cancer hématode du foie où existait à l'épigastre une tumeur fluctuante qu'on prit pour un kyste hydatique. La ponction en retira du sang. Des battements y apparurent plus tard, on eut alors l'idée d'un anévrysme, mais dans l'anévrysme de l'aorte abdominale la circulation des membres inférieurs se trouve modifiée. Or, ici elle ne l'était pas. L'autopsie montra qu'il s'agissait d'un kyste hématique développé au sein du noyau cancéreux.

En février 1897, cette question fut le sujet d'une discussion à la Société de chirurgie. Ricard expose le cas d'une tumeur néoplasique vasculaire du foie qui fut prise pour un kyste hydatique. Une laparotomie exploratrice fut faite ; se trouvant en présence d'une tumeur liquide, on la ponctionna. Le lendemain, le malade mourut. A l'autopsie, on trouva un cancer du foie, et dans le péritoine 1 litre de sang venu de l'orifice de la ponction.

A ce propos Broca rapporte un malheur analogue : appelé auprès d'un homme atteint d'une tumeur régulière du foie, pour se renseigner sur la nature de cette tumeur, il fit une ponction, du sang sortit.

Or, le malade mourut dans la soirée avec tous les signes d'une hémorrhagie interne. Broca en conclut que dans de pareilles circonstances la ponction est plus dangereuse que la laparotomie exploratrice.

## CHAPITRE VI

### MORT SUBITE D'ORIGINE INCONNUE

La mort subite dans le cancer du foie reconnaît comme cause importante la rupture spontanée de l'organe. Cette mort peut être presque immédiate comme dans l'observation XVI[e]. Dans d'autres cas, elle tarde de quelques heures ou de quelques jours, mais ne rentre pas moins dans le cadre de la mort subite, envisagée au point de vue médico-légal. L'élément essentiel de cet accident est, en effet, moins la rapidité de son évolution que l'imprévu avec lequel il survient. Le fait est exceptionnel. Nous avons pu en recueillir trois cas dans la littérature médicale.

E. Goetz, dans les *Bulletins de la Société anatomique*, 1878, rapporte l'observation d'un homme, qui, au bout de six semaines de maladie, voulut, un soir, se lever pour aller à la garde-robe et mourut tout d'un coup, sans que rien dans la journée ne fit supposer une fin prochaine. Dans ce cas, il n'y avait pas seulement cancer du foie, mais encore une mélanose

généralisée avec des masses noires dans le poumon et les ganglions médiastinaux. Il est évident qu'on ne peut, ici, accuser le foie seulement, bien qu'il ait été le point de départ de l'infection et qu'il ait présenté le maximum de lésions.

Dans les deux cas qui suivent, l'autopsie n'a découvert qu'une seule lésion, le cancer du foie.

Ce sont là des faits que la médecine enregistre, mais qu'elle n'explique pas. Il est toutefois permis d'émettre des hypothèses ; trois explications se présentent à l'esprit : une embolie, une syncope ou un phénomène d'inhibition.

Une embolie pourrait naître d'une thrombose de la veine porte ou d'un fragment de néoplasme devenu intra-vasculaire comme dans l'observation d'Arnoldo Viti (chapitre IV) ; ici l'embolus siégeait dans l'oreillette droite, mais on conçoit qu'à un degré de plus il passait dans la circulation pulmonaire. La possibilité de ce mécanisme peut donc être admise, mais il n'a été constaté dans aucune autopsie.

Une syncope, sur un terrain affaibli par le cancer, serait également dans le domaine des choses vraisemblables ; cependant les observations insistent sur ce fait que l'état général était relativement bon quand la mort surprit le malade ; on ne note pas d'état anémique particulier.

Observation XXIII. — P. Hybard (*Soc. anat.*)

Cancer du foie. Mort subite.

M..., âgé de 60 ans, cultivateur, est entré à Saint-Antoine, service de Millard, le 28 novembre 1867.

Cet homme qui avait toujours eu une excellente santé s'aperçut qu'il maigrissait un peu depuis deux mois et que son ventre augmentait de volume. Pas d'alcoolisme.

L'appétit était conservé, jamais de vomissements.

Au bout de quelque temps ses jambes commencèrent à enfler, surtout le soir.

A son entrée à l'hôpital : amaigrissement peu considérable, appétit diminué mais digestions bonnes. Foie volumineux, dépassant de plusieurs centimètres le rebord des fausses côtes. Il est très dur et inégal. Il existe un peu d'ascite et un œdème considérable des membres inférieurs.

Pas d'ictère. Urines normales.

Ce malade était depuis dix jours à l'hôpital, il devait se trouver mieux, ce qui tenait sans doute au repos, lorsqu'il mourut subitement dans les cabinets.

*Autopsie.* — Epanchement assez considérable dans le péritoine. Le foie, très volumineux, pèse 3 kil. 416. Parsemé sur toutes ses faces de petites tumeurs blanchâtres,

dures, faisant relief. Ces nervures sont plus nombreuses et plus larges sur la face antérieure du lobe gauche.

Rien à signaler dans les autres organes.

Observation XXIV. — Aussaurd (*Thèse de doctorat*, 1882).

Cancer simulant une fièvre typhoïde. Mort subite.

V... Henriette, 49 ans, entrée à Necker, le 9 novembre 1881 (service Grancher) salle Sainte-Thérèse, n° 10.

Antécédents : Pas de maladies. Habitudes alcooliques.

La maladie actuelle a été précédée pendant 3 mois de troubles gastriques.

Le jour de son entrée, elle a eu un vomissement et depuis elle ressent une douleur continue mais légère dans le flanc gauche.

7 novembre. — La malade éprouva en se levant une grande lassitude, de la courbature générale et elle eut des frissons toute la journée ; sa douleur du flanc gauche devint plus aiguë et s'étendit dans la région des reins.

Le lendemain, la situation était devenue plus grave, il fut impossible à la malade de quitter son lit. Elle entra à l'hôpital le 9 novembre.

9 novembre. Fièvre vive, facies rouge et animé, yeux brillants. Il n'y a pas eu de céphalée. Les nuits sont bonnes. La langue est rouge, sèche, dépouillée de son

épithélium ; la bouche est mauvaise, l'haleine légèrement fétide.

L'inappétence est presque absolue surtout depuis les 2 jours que dure la fièvre.

Le ventre n'est pas ballonné ; en pressant fortement dans le flanc gauche, on éveille une douleur assez vive. Pas de gargouillements, constipation depuis 2 ou 3 jours. Rien d'anormal, ni au poumon, ni au cœur. En somme, le tableau clinique à ce deuxième jour de la maladie se résumait ainsi : *fièvre* intense à début brusque avec quelques nausées et un vomissement, une douleur vague dans le flanc gauche et dans les reins. Grancher émit l'hypothèse d'un début de variole.

Le 10. La fièvre est la même. Urines normales, sans albumine. Les jours suivants la situation reste la même.

L'examen des viscères ne donne aucun renseignement. Le sommeil est bon, cependant la température reste élevée avec des rémissions matinales plus marquées.

Le ventre, qui est toujours douloureux du côté gauche, est le siège de gargouillements. Une diarrhée de teinte saumonée persiste depuis l'administration d'un purgatif. A ce moment Grancher inclina en faveur d'une fièvre typhoïde, bien qu'il n'y ait jamais eu de taches rosées.

Dans la nuit du 19 novembre, sans que rien dans les jours précédents ou même dans la journée fit prévoir ce dénouement, la malade qui, un quart d'heure avant, causait avec sa voisine, tomba de son lit sur le parquet, et on la trouva morte.

La veille encore, on n'avait pas trouvé d'albumine dans les urines.

*Autopsie.* — Rien ni au poumon, ni au cœur, ni aux gros vaisseaux. Estomac et intestin normaux, de même la rate et le rein.

Le foie est un peu volumineux, mais de forme normale, il contient un certain nombre de noyaux cancéreux, de la grosseur d'une noix à celle d'un œuf de poule. Sous la vésicule biliaire il en existe de volume double.

Sur une coupe, ces noyaux ont un aspect encéphaloïde. Certains sont ramollis au centre et contiennent de petites hémorrhagies ; certains sont assez grands et contiennent du sang noir.

Péritoine intact. Tumeur ganglionnaire dans le petit épiploon.

Il semble donc plus rationnel d'invoquer un phénomène d'inhibition. Le cancer du foie est l'épine qui excite le pneumo-gastrique et, par son intermédiaire, le bulbe ; celui-ci, d'après Brown-Séquard, produit sans cette influence l'inhibition de la respiration, de la circulation et de toutes les fonctions cérébrales.

Ce n'est pas d'ailleurs un fait rare dans les maladies d'organes tributaires du pneumo-gastrique. La mort subite est un accident connu de la colique hépatique (Brouardel), des ulcérations intestinales de la fièvre typhoïde (Dieulafoy). Elle a été signalée à l'occasion

de ruptures de kystes du foie (Tardieu) et de rupture de laarte (Pellereau). Lancereaux enfin n'a-t-il pas insisté sur la fréquence de la mort subite au cours des affections gastriques, même dans le cas de simple dyspepsie.

## CONCLUSIONS

1°. Le cancer du foie aboutit dans l'espace de 3 à 4 mois à la cachexie cancéreuse. Cette cachexie peut être accélérée par l'apparition d'hémorrhagies gastro-intestinales et de diarrhée, dont l'origine est attribuable à la gêne de la circulation forte.

2° Lorsque le cancer du foie a pris des proportions telles que la quantité de tissu noble est devenue insuffisante à remplir la fonction hépatique, la mort survient au milieu des accidents de l'ictère grave.

4° Le cancer du foie prépare le terrain aux infections secondaires. Celles-ci se fixent rarement sur le néoplasme lui-même, plus souvent elles s'abattent sur des organes éloignés.

4° La mort avec des accidents péritonéaux est assez fréquente dans le cancer du foie. Il s'agit de péritonite cancéreuse, exceptionnellement d'infection purulente du péritoine.

5° La mort peut être le résultat de la rupture spontanée du foie, consécutive à un infarctus intra parenchymateux. Dans les cas graves, l'inondation périto-

néale en est la conséquence. Elle se traduit objectivement par des phénomènes douloureux et des signes d'hémorrhagie interne.

6° Quand on soupçonne un cancer du foie et que l'examen physique donne les signes d'une tumeur liquide, la laparotomie exploratrice doit être faite de préférence à la ponction, car celle-ci expose aux hémorrhagies mortelles.

7° Le cancer du foie aboutit d'une façon exceptionnelle à la mort subite sans lésion nouvelle qui l'explique.

Vu : le Président de la Thèse,

E. BRISSAUD.

Vu : le Doyen

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

*Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,*

LIARD.

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE


Achard. — 2 cas de cancer primitif du foie avec hyperthermie (Société médicale des hôpitaux, 10 avril 1896).

Andral. — *Clinique médicale.* Tome II.

André. — Cancer du foie avec hémorrhagie dans la cavité péritonéale (*Bulletin de la Soc. Anatomique*, 1851, p. 237).

Arnaldo Viti. — *Bull. della Societa tra et cultori di Sc. méd.* V, 1887.

Aussilloux. — *Montpellier médical*, 1877.

Aussourd. — *Thèse* de doctorat, 1882.

Bourges. — Cancer du foie (*Manuel de médecine* de Debove et Achard).

Brault. — Tumeurs (*Manuel d'histologie pathologique* de Cornil et Ranvier, 1901).

Broca. — *Gazette hebdomadaire*, 1897, n° 12.

Budd. — *Traité des maladies du foie*, 3e édition française, page 396.

Budin. — *Bulletin de la Société Anatomique*, 1874.

Chauffard. — Cancer du foie (*Traité de médecine* de Charcot, Bouchard, Brissaud).

Colliny. — Quelques observations de cancer du foie (*Archives générales de médec.*, 1836, X, 195).

Cruveilhier. — *Atlas d'Anatomie pathologique*, 1830-1842 (livre XXXVII, p. 4).

Cyr. — *Traité pratique des maladies du foie*, Paris, 1887.

Derville. — Cancer du foie et de l'estomac avec fistule épigastrique et méningite suppurée (*Bulletin de la Soc. Anatom.*, 28 mars 1884, p. 270).

Dieulafoy. — *Traité de pathologie interne.*

Dieulafoy. — Marche et pronostic du cancer du foie (*Journal de médecine et de chirurgie pratique*, 1885, p. 249).

Dupré et Camus. — Société médic. des hôpitaux (4 mars 1904).

Ernous. — Etude sur le cancer primitif du foie. Paris, 1879.

Farre. — The morbid Anatomy of the Liver, London, 1812.

Frerichs. — *Traité pratique des maladies du foie.*

Frerichs. — Maladies du foie (2e édition française, page 676).

Gilbert. — Contribution à l'étude du cancer primitif du foie. Du cancer massif du foie (*Thèse* de Paris, 1886).

Gilbert et Surmont. — Cancer du foie (*Traité de médecine* de Brouardel et Gilbert).

Gilles de la Tourette. — Cancer hématode, mort par rupture d'un noyau cancéreux et épanchement de sang dans le péritoine (*Bullet. de la Soc. Anat.*, 1885).

Goetz. — *Bulletin de la Société Anatomique*, 1878.

Gordon. — Case of cancer of the liver. Rupture of ist Serous Covering (*In Dublin quarterly Journ.*, 1867).

Hanot. — Ictère grave hyperthermique (Société médic. des hôpitaux. Séance du 27 mars 1896).

Hanot. — Ictère grave hypothermique (Société médicale des hôpitaux, 31 mars 1893).

Hanot. — Note sur l'action du coli-bacille dans l'ictère grave hypothermique (Société de biologie, 17 février 1894).

Hanot. — Ictère grave hypothermique sans coli-bacille (Société de biologie, 3 nov. 1894).

Hanot. — Cancer primitif du foie et suppuration (*Semaine médicale*, 8 nov. 1893, page 505, et *Presse médicale*, 1895, page 83).

Hanot et Gilbert. — Etudes sur les maladies du foie, 1888.

Hugenin. — 1 cas de capture de la vésicule biliaire suivie d'hémorrhagie mortelle, à la suite de carcinome hématoïde

siégeant au lieu de réunion des 3 conduits biliaires (*Virchow's Archiv.* Band, 173, Heft 3, 1903, p. 552).

Hybord (P.). — Cancer du foie. Mort subite (*Bul. de la Soc. Anat.*, 1867, p. 711).

Joffroy. — Hypothermie dans le cancer du foie (*Mémoires de la Société de biologie*, 1869, p. 225.

Josias et Derignac. — *Bulletin de la Soc. Anatomique*, 1883.

Lenoir. — *Bulletin de la Soc. Anat.*, 1887.

Lepine. — *Bulletin de la Soc. Anat.*, 1873, p. 666-740.

Litten. — Hémorrhagie intestinale causant la mort dans le cancer du foie (*Archiv. f. path. An. und Physiol.* Bd. LXXX, 1880, S. 269.

Lancereaux. — Compte-rendu de l'Académie de médecine, 11 mars 1902.

Moizard. — (*Bulletin de la Soc. Anat.*, 1882, p. 520).

Monneret. — *Archives génér. de médecine*, 5e série, tome V, p. 513-658 (1855).

Murchison. — *Leçons cliniques* (Edition française. *Observ.* XVIII).

Nicaise. — *Bul. de la Soc. Anat.*, févr. 1900.

Ollive. — Cancer du foie. Thrombose de la veine forte. *Gazette medic. de Nantes*, 1885-86, IV, 46).

Prévost. — *Bul. de la Soc. Anat.*, févr. 1865 (p. 88).

Queine. — Cancer du foie suppuré. Soc. de chirurgie, 13 janvier 1897.

Rendu. — *Dictionnaire* de Dechambre, 4e série, 1879, III, 205.

Rendu. — Tumeurs érectiles du foie simulant des infarctus hémorrhagiques (*Bul. de la Soc. Anatom.*, 1870, 126).

Renon. — *Bul. Soc. Anatom. et physiol. de Bordeaux*, 1895.

Rioufol. — Du cancer aigu du foie (*Thèse* de Lyon, 1899).

Roberts. — *Journal de Thérapeutique* de Gubler, 25 avril 1883.

Routier. — *Bul. Soc. Anat.*, 1878.

Serrières. — Tumeur volumineuse dans l'abdomen ; mort presque subite. Tubercules encéphaloïdes à différents degrés

de développement dans le foie, séparation de l'un d'eux; hémorrhagie dans la cavité péritonéale. (*Archives génér. de médec.*, 1836 (2e série, X, 212).

Vergely. — Société anat. et physiol. de Bordeaux, p. 75 (1894).

Zuber. — *Bul. Soc. Anat.*, 24 mars 1893, p. 246.

Saint-Amand (Cher). — Imprimerie Bussière.